



Stress- Selbstmanagement zur Burnout- Prävention bei Pflegefach- personen im Akutspital

Praxisnahe Interventionen und Strategien für Pflegefachper-
sonen im Umgang mit Stress zur Prävention eines Burnouts

Franziska Klenke
17663907

Salome Vögtli
09066622

Departement Gesundheit
Institut für Pflege
Studienjahr: G.BA.PF.17dipl.
Eingereicht am: 09.04.2019
Begleitende Lehrperson:
Sara Häusermann
Grit Streese

**Bachelorarbeit
Pflege**

Abstract

Darstellung des Themas

Stress steht eng in Verbindung mit einem Burnout. Durch eine ungenügende Stressbewältigung ist der Stress-Level konstant hoch, vor allem bei wenig Erholungsphasen. Diese Faktoren begünstigen ein Burnout. Im Fokus stehen Pflegefachpersonen, die anfällig auf diese Problematik sind aufgrund hoher Arbeitsbelastung, Überzeit und Unzufriedenheit im Job.

Im Jahre 2014 gaben 15% der befragten Schweizer Pflegefachpersonen eine hohe emotionale Erschöpfung an. In Kombination mit einer zunehmenden negativen Einstellung gegenüber dem Arbeitsplatz und reduzierter Leistungsfähigkeit wird ein Burnout begünstigt.

Ziel (Fragestellung)

Welche Interventionen und Strategien verbessern das Stress-Selbstmanagement von Pflegefachpersonen zur Burnout-Prävention im Akutspital?

Methode

Mittels einer systematisierten Literaturrecherche wurde in den Datenbanken PubMed, CINAHL, Cochrane Library recherchiert. Aus den eingeschlossenen Studien werden praxisrelevante Empfehlungen für das Pflegefachpersonal abgeleitet.

Relevante Ergebnisse

- Edukation, dient in unterschiedlicher Weise zur Senkung von Burnout-Levels.
- Eigens gewählte Strategien und Rituale verhelfen zur Entspannung im stressigen Berufsalltag.
- Achtsamkeitstraining und Yoga gelten als effiziente Interventionen in der Prävention von Stress und Burnout.
- Resilienz, bedeutet Belastbarkeit und wird durch Achtsamkeitstraining und Yoga gestärkt.

Schlussfolgerung

Die genannten Interventionen und Strategien unter relevanten Ergebnissen verbessern das Stress-Selbstmanagement und zeigen Erfolg in der Burnout-Prävention.

Keywords

Stress, burnout, nurse, Intervention, coping strategies, acute care hospital

Inhaltsverzeichnis	Seite
1 Einleitung	5
2 Fragestellung	7
3 Zielsetzung	7
3.1 Eingrenzung des Themas	8
4 Theoretischer Hintergrund	8
4.1 Definition zentraler Begriffe	8
4.1.1 Stress	8
4.1.2 Burnout	8
4.1.3 Professionelle Pflege	9
4.1.4 Strategie und Intervention	9
4.1.5 Selbstmanagement und Selbstpflege	9
4.1.6 Stressmodell von Lazarus	10
4.2 Maslach Burnout Inventory Fragebogen	11
4.3 Ursachen für ein Burnout	12
4.4 Risikofaktoren für ein Burnout	12
4.5 Achtsamkeit	13
4.6 Resilienz	14
5 Methode	14
5.1 Flowchart	15
5.2 Datenbankrecherche	16
5.3 Keywords, Mesh und Subject Headings	16
5.4 Boolesche Operationen	16
5.5 Limits	16
5.6 Ein- und Ausschlusskriterien	17

6	Beurteilung der Studien	18
7	Ergebnisse	19
7.1	Übersichtstabelle zu den Studien	19
7.2	Kategorien der einzelnen Studien	21
7.2.1	Eduktion	21
7.2.2	Strategien zum Stress- Selbstmanagement zur Burnout- Prävention	25
7.2.3	Interventionen zum Stress- Selbstmanagement zur Burnout- Prävention	27
7.2.4	Resilienz	29
8	Diskussion	30
8.1	Stand der Forschung	30
8.2	Inhaltliche Diskussion der vier Kategorien:	31
8.2.1	Eduktion	31
8.2.2	Strategien zum Stress- Selbstmanagement zur Burnout- Prävention	34
8.2.3	Interventionen zum Stress- Selbstmanagement zur Burnout- Prävention	35
8.2.4	Resilienz	37
8.3	Diskussion der Literaturgüte	38
8.3.1	Forschungsfrage / Forschungszweck	38
8.3.2	Stichprobengrösse	39
8.3.3	Gender	40
8.3.4	Messinstrumente	40
8.3.5	Ethik, Einverständniserklärung und Peer-Review	41
8.3.6	Einschätzung der Evidenz	42
8.3.7	Schwachstellen und Limitationen der Arbeit	43
9	Praxistransfer	44
9.1	Eduktion	44
9.2	Strategien zum Stress- Selbstmanagement zur Burnout- Prävention	48

9.3	Interventionen zum Stress- Selbstmanagement zur Burnout- Prävention	50
9.4	Resilienz	50
9.5	Implikationen für die Praxis	52
10	Schlussfolgerungen	53
11	Anhang	63
11.1	Glossar	63
11.2	Zeitplan	65
11.3	Kostenplanung	67
11.4	Zusammenfassung nach AICA	68
11.5	Kritische Beurteilung	91
11.6	Suchverlauf	106

1 Einleitung

Im folgenden Text wird das Thema Stress in Beziehung zu Burnout beschrieben, sowie dessen Problematik aufgezeigt. Dieser bildet den Hintergrund für die zentrale Fragestellung der vorliegenden Bachelorarbeit, anhand welcher Interventionen und Strategien gesucht werden, um diesen Prozess möglichst präventiv zu verhindern.

Zu Beginn wird Stress definiert als ein Ungleichgewicht zwischen Anforderungen und deren Bewältigung. Die Auswirkungen von Stress sind vielfältig und unterschiedlich. Einerseits kann die betroffene Person überfordert sein, wiederum eine andere Person nimmt diesen als Herausforderung wahr (Bartholdt & Schütz, 2010).

Dass Stress häufig in der Arbeitswelt vorkommt, wird anhand folgender Zahlen verdeutlicht: Der Anteil der Personen, bei welchem die Belastung höher ist als die Ressourcen lag 2016 bei 25.4% und stieg im Jahre 2018 auf 27.1% (Gesundheitsförderung Schweiz, 2018).

Als Folge des eben beschriebenen Stresses kann ein Burnout entstehen. Er bezeichnet einen entweder plötzlich einsetzenden oder einen sich langsam entwickelnden Zustand körperlicher sowie geistiger und emotionaler Erschöpfung (Schmidt, 2015).

Das Burnout Syndrom wird im ICD 11 als Diagnose anerkannt und dessen Symptome werden in drei Kategorien gegliedert (World Health Organization (WHO), 2018):

1. Gefühle reduzierter Energie oder Erschöpfung
2. Zunehmend negative Einstellung gegenüber dem Arbeitsplatz
3. Reduzierte Leistungsfähigkeit

Mit dem Auftreten aller drei Symptome kommt der Zeitpunkt, an welchem die gestellten Anforderungen nicht mehr bewältigt werden können (Schmidt, 2015).

Deshalb stellt sich die Frage, mit welchen Interventionen und Strategien einem Burnout frühzeitig entgegengewirkt werden kann.

Die Autorinnen dieser Arbeit legen den Fokus auf den präventiven Ansatz, da die negativen Folgen eines Burnouts sehr weitreichend sind. So zeigt sich laut einer Befragung der Gesundheitsförderung Schweiz im Jahre 2018 jeder vierte Erwerbstätige als Burnout gefährdet, was zu vermehrten Arbeitsausfällen führt.

Zeitgleich steigt die Anzahl der an Burnout erkrankten Personen, auch bezeichnet als emotional erschöpfte Personen. In den Vorjahren lag der Durchschnitt bei 25%. Jedoch im

Jahre 2018 tendierte der Anteil gegen 30% zu steigen (Gesundheitsförderung Schweiz, 2018).

Die Problematik lässt sich zudem mit folgenden Zahlen und Daten untermauern.

Eine Studie des Staatssekretariats für Wirtschaft zeigt auf, dass „Stress bei Schweizer Erwerbstätigen“ aus dem Bereich Erziehungs-, Gesundheits- und Sozialwesen bei 33% liegt. Die Betroffenen haben das Gefühl bei der Arbeit „verbraucht zu sein“. Als Vergleich dazu liegt der Durchschnitt bei den übrigen Schweizer Erwerbstätigen bei 25%.

Diese Zahlen machen deutlich, dass die sozialen Berufe, sogenannte „Helferberufe“, ein erhöhtes Burnout-Potenzial haben (Leuenberger, 2012).

Dass Stress und Burnout Pflegefachpersonen verstärkt betreffen verdeutlichen auch folgende Zahlen. Im Rahmen einer im 2014 durchgeführten Studie RN4Cast gaben 15% der befragten Schweizer Pflegefachpersonen eine hohe emotionale Erschöpfung an (Zander, Dobler, Bäumler & Busse, 2014). Diese ist eines neben der bei ICD 11 aufgelisteten Symptome zunehmender negativer Einstellung gegenüber dem Arbeitsplatz und reduzierter Leistungsfähigkeit, welche ein Burnout begünstigen.

Im Vergleich zur Schweiz liegt der Anteil von Pflegenden mit hoher emotionaler Erschöpfung in Deutschland bei 30% und Griechenland bei 78% (Zander et al., 2014).

Burnout kann ein Grund sein für einen Berufsausstieg aus der Pflege. In der Schweiz sind es aktuell 6% der Pflegefachpersonen, die dies in Erwägung ziehen (Zander et al., 2014).

Die Ursachen dafür sind vielseitig. So kann Überzeit auf Dauer zu einer Überbelastung führen. Die hohe Arbeitsbelastung ihrerseits kann eine Unzufriedenheit auslösen, die sich später bei anhaltendem Stress zu einem Burnout entwickeln kann (Schäfer, Zoboli & Vieira, 2018). Als Spätfolge sind Jobwechsel (Kündigungen) für Betroffene unausweichlich.

Stress ist insbesondere zu Beginn zentral bei der Entwicklung eines Burnouts. Dieser zeigt sich vor allem als moralischer Stress und tritt immer dann auf, wenn bei einer Pflegefachperson ein ethischer Konflikt entsteht aufgrund ihrer widerstrebenden Handlungen. Das folgende Beispiele verdeutlicht einen möglichen Konflikt im Alltag einer Pflegefachperson.

Wenn der Behandlungsplan des Arztes ganz im Gegensatz zum Wunsch des Patienten oder der Pflege steht, ist die Folge davon, dass die Pflegefachperson Interventionen

durchführen muss, die sie selbst ethisch nicht vertreten kann (De Veer, Francke, Struijs & Willems, 2013).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass der erlebte Stress und Burnout nicht zu trennen sind. Wo das Stressmanagement endet, beginnt das Burnout-Präventionsprogramm. Deshalb liegt der Fokus bei der Prävention und der Verbesserung der Fertigkeiten des Selbstmanagements in Bezug auf Stress (Stier-Jarmer, Frisch, Oberhauser, Berberich & Schuh, 2016).

Die Interventionen und Strategien müssen einfach in der Praxis anwendbar sein, damit jede Pflegefachperson aktiv die Initiative ergreifen kann. Mit deren Anwendung steigen auch die Fertigkeiten des Selbstmanagements, die Ressourcen einer Person können so gestärkt und Stress bzw. die Gefahr von Burnout können langfristig gesenkt werden.

2 Fragestellung

Die Fragestellung der Bachelorarbeit wird wie folgt definiert:

Welche Interventionen und Strategien verbessern das Stress-Selbstmanagement von Pflegefachpersonen zur Burnout-Prävention im Akutspital?

3 Zielsetzung

Die Bachelorarbeit hat zum Ziel den Pflegefachpersonen in einem Akutspital, mittels einer systematisierten Literaturrecherche, Interventionen und Strategien für einen gezielten und bewussten Umgang mit Stress zu bieten. Diese dienen nicht nur dem Stress-Selbstmanagement, sondern auch der Burnout-Prävention. Sie beziehen sich darauf den im Berufsalltag häufig vorkommenden Stress besser bewältigen zu können und somit das Risiko eines Burnouts zu senken. Die Bachelorarbeit liefert zudem Grundlagewissen und einen theoretischen Rahmen zum Thema Stress und Burnout, um die Ursachen und deren Problematik zu verstehen. Bei der Auswahl der Interventionen und Strategien wird auf die Umsetzbarkeit in der Praxis geachtet. Sie sollen eigene Präferenzen berücksichtigen können, einfach in der Anwendung sein und möglichst wenig Zeit in Anspruch nehmen, damit viele Pflegefachpersonen gewillt sind, eine dieser Interventionen oder Strategien in ihren Alltag zu integrieren.

Für Begriffserklärungen dient das erstellte Glossar (vgl. 11.1, Glossar).

3.1 Eingrenzung des Themas

Es lassen sich folgende Eingrenzungen festlegen.

Diese Arbeit ist ein Leitfaden für Pflegefachpersonen im Akutspital. Die im Anschluss an die Literaturrecherche ausgewählten Interventionen sollen einer Pflegefachperson konkrete Interventionen und Strategien im Umgang mit Stress bieten. Sie sollen das Stress-Selbstmanagement im Hinblick auf Burnout-Prävention unterstützen. Damit möglichst viele Pflegefachpersonen diese anwenden können, liegt der Fokus auf deren praxisnahen Umsetzung.

Sie bieten keinen vollständigen Schutz vor einem Burnout, sondern können lediglich die Wahrscheinlichkeit eines solchen reduzieren. Nicht gesucht wird somit nach Interventionen und Strategien, die bei einem bestehenden Burnout zum Einsatz kommen.

4 Theoretischer Hintergrund

Im Folgenden werden zentrale Begriffe und ein Modell erläutert, welche sich mit der Thematik Stressmanagement und Burnout-Prävention beschäftigen.

Als zentrales Modell haben die Autorinnen das Stressmodell von Lazarus und Folkmann (1984) ausgewählt, weil es einen umfassenden Einblick in die Stressbewältigung bietet.

4.1 Definition zentraler Begriffe

In diesem Teil erläutern wir die wichtigsten Begriffe, die für das Verständnis unserer Fragestellung von Bedeutung sind.

4.1.1 Stress

Stress wird beschrieben als ein subjektiv unangenehmer Spannungszustand. Dieser entsteht bei einer Diskrepanz zwischen an uns gestellte Anforderungen und unserer Kompetenz diese bewältigen zu können (Bartholdt & Schütz, 2010).

4.1.2 Burnout

Burnout bezeichnet einen Zustand von ausgebrannt sein. Die körperliche, geistige oder gefühlsmässige Erschöpfung kann plötzlich oder langsam eintreten. Sind die Belastungen

während dem Arbeitsalltag dauerhaft erhöht und somit der Stress-Level konstant gesteigert, kann auch von einem Burnout-Syndrom gesprochen werden (Schmidt, 2015).

4.1.3 Professionelle Pflege

Gemäss Spichiger, Kesselring, Spirig und De Geest (2006) wird professionelle Pflege folgend definiert.

Eine professionelle Pflege fördert durch ihr Handeln die Gesundheit und beugt Krankheiten möglichst vor. Zudem unterstützen sie Menschen, deren Angehörigen und/oder Bekannte in der Bewältigung der Krankheit und dem Therapieplan. Sie verfolgen das Ziel einer bestmöglichen Behandlung und Lebensqualität der betreuten Menschen in allen Lebensphasen.

4.1.4 Strategie und Intervention

Die Begriffe Strategien und Interventionen lassen sich trennen, aber weisen doch parallelen zueinander auf. Im Folgenden werden sie separat definiert.

Eine Strategie wird gemäss Mintzberg (o.J.) als ein zielorientiertes, ganzheitliches Vorgehen definiert. Er fügt hinzu, dass die Definition jedoch je nach Situation variieren kann.

Er erläutert dies anhand des folgenden Zitates:

„Strategie ist eines jener Wörter, die wir gern auf eine bestimmte Weise definieren, jedoch auf eine andere Weise verwenden“ Mintzberg (o.J.).

Die Strategien dienen laut Mainka- Riedel (2013) dazu, den Stress zu beherrschen und die Situation in den Griff zu bekommen. Sie betont, dass diese je nach Person individuell anwendbar sind.

Eine Intervention beschreibt die Anwendung einer Massnahme zur Problemlösung. Sie verfolgt ein zielorientiertes Handeln, um Fertigkeiten, Fähigkeiten oder Verhaltensweisen zu erlernen (Hager & Hasselhorn, 2000).

4.1.5 Selbstmanagement und Selbstpflege

„Unter Selbstmanagement verstehen wir alle Bemühungen einer Person, das eigene Verhalten zielgerichtet zu beeinflussen“ (Kleinmann & König 2018, S.3).

Als weitere Begriffsabgrenzung steht die Selbstpflege, in der alle Tätigkeiten zusammengefasst werden, die dem Erhalt und Förderung der eigenen Gesundheit dienen. Erbringt jemand die Selbstpflege nicht mehr, benötigt er Unterstützung. Dorothea Orem war die Begründerin dieser Selbstpflege Theorie (Taylor & Renpenning, 2013).

Grafton und Coyne (2012) definieren Selbstpflege als ein Ausüben von Aktivitäten, welche Personen durchführen, um das eigene Wohlbefinden zu fördern. Pflegefachpersonen, welche Selbstpflege ausführen, reduzieren ihren im Berufsalltag erlebten Stress und weisen eine verbesserte Resilienz (vgl. Kapitel 4.6) auf. Beispiele dazu sind: Yoga, Meditation, eine bewusste Atemtechnik anwenden sowie weitere individuell ausgewählte Aktivitäten.

4.1.6 Stressmodell von Lazarus

Das Stressmodell von Lazarus und Folkmann (1984) zeigt auf, wie jede Person unterschiedlich auf eine mögliche stressverursachende Situation reagiert und erläutert verschiedene Bewertungsansätze einer Person und deren Umgang mit dieser Situation. In Anlehnung an dieses Stressmodell haben die Autorinnen gezielt Studien ausgewählt, die Interventionen sowie Strategien für Pflegefachpersonen aufzeigen, um besser auf Situationen mit potenziellem Stressrisiko reagieren zu können.

Im Folgenden wird das genannte Modell genauer erläutert. Es handelt von der "transaktionalen Stresstheorie und beschreibt die wechselseitige Wirkung zwischen Person und Situation, bei Auftreten von potenziell stressrelevanten Reizen und deren kognitiven Einschätzung".

Die subjektiven Bewertungen lassen sich in drei aufeinanderfolgende Einschätzungen unterteilen (Lazarus & Folkmann, 1984).

In der ersten Einschätzung, die auch als Ereigniswahrnehmung bezeichnet wird, werden situationsspezifische Anforderungen den individuellen Ressourcen gegenübergestellt (Lazarus & Folkmann, 1984). Eine Situation kann als irrelevant, angenehm positiv oder als stressrelevant beurteilt werden, wobei es von der Bewertung der betroffenen Person abhängt, welche Bedeutung diese Situation für deren Wohlbefinden hat. Stressrelevant kann die Situation dann sein, wenn die Person sie als sehr wichtig einstuft und es unklar ist, ob die vorhandenen Bewältigungsstrategien ausreichen (Lazarus & Folkmann, 1984). Die erste Einschätzung kann drei unterschiedliche Qualitäten haben: Schädigung beziehungsweise Verlust, Bedrohung oder Herausforderung.

Wird die Situation in der primären Phase als stressrelevant eingestuft, tritt die sekundäre Einschätzung in Kraft. Diese beschreibt einerseits die Ergebniserwartung einer Person, wobei sich zeigt, inwieweit das Verhalten zu einem bestimmten Ereignis führt. Die Wirksamkeitserwartung bezieht sich andererseits auf die Überzeugung eines Individuums, dass das benötigte Verhalten für eine erfolgreiche Zielerreichung ausreicht.

Die dritte Einschätzung wird schlussendlich als Neubewertung beschrieben. Im Falle einer positiven Neubewertung kann beispielsweise eine Bedrohung zu einer Herausforderung werden (Lazarus & Folkmann, 1984).

4.2 Maslach Burnout Inventory Fragebogen

Der Maslach Burnout Inventory (MBI) Fragebogen gilt als reliabel, valide und einfach anzuwenden. Der MBI Fragebogen wurde konzipiert um die drei Komponenten des Burnout Syndroms zu bewerten: Emotionale Erschöpfung (EE), Depersonalisierung (DP) und reduzierte persönliche Leistung (PA). Weiter sind 22 Items in diese drei Subskalen unterteilt. Diese sind beschrieben in Form von Statements über persönliche Gefühle oder Einstellungen wie beispielsweise „Ich fühle mich ausgebrannt von meiner Arbeit“. Die Items werden je nach Häufigkeit auf einer Skala von (0) = nie bis (6) = jeden Tag beantwortet. Jeder ausgefüllte Fragebogen wird ausgewertet durch die Anwendung eines Punktezahlschlüssels, welcher für jede einzelne Sub Skala, Richtwerte enthält (Maslach, Jackson & Leiter, 1996).

- (EE): 17≤30
- (DP): 5≤12
- (PA): 33≤40

Für die Auswertung gilt es, dass alle Punkte pro Skala (EE) (DP) und (PA) einzeln addiert werden. In den Skalen (EE) und (DP) gilt je höher der Wert, desto eher liegt ein Burnout-Risiko vor. Für die Skala (EE) gilt, wenn der Wert über 30 ist, besteht ein erhöhtes Risiko. Liegt der Wert bei (DP) über 12 besteht ein erhöhtes Risiko. Bei (PA) im Gegenzug dazu bedeutet es, je tiefer ein Wert, desto anfälliger ist die Person. Liegt das Ergebnis unter 33, ist das Burnout- Risiko erhöht Maslach (2006).

4.3 Ursachen für ein Burnout

Laut Schmidt (2015) ist Burnout ein individueller Entwicklungsprozess, wobei aus einem ausgeglichenen Verhältnis von Anforderungen, Kräfteverbrauch und Erfolgserlebnissen ein Missverhältnis entsteht. Dabei wird ein Ungleichgewicht wahrgenommen, zwischen Anforderungen und Fähigkeiten sowie der Möglichkeit der Bedürfnisbefriedigung, welches zu einem Verlust der Autonomie und einem verringerten Gefühl der Selbstwirksamkeit führt. Beim Entstehen eines Burnouts kommt es jeweils darauf an, wie gut eine Person mit Misserfolgen umgehen kann und über welche Strategien die Betroffene verfügt.

Zu einem Burnout kommt es erst dann, wenn Bewältigungsmechanismen nicht ausreichen, um mit Misserfolgen umzugehen.

Der Prozess zur Entstehung eines Burnouts wird in folgende Phasen unterteilt (Schmidt, 2015):

- **Anfangsphase:** Zu Beginn liegt ein hohes Engagement bei der Arbeit vor, verbunden mit einem verstärkten Energieeinsatz, was zu einer übersehenen Überforderung und Anspannung führen kann. Das Abschalten nach Schichtende fällt jeweils schwer.
- **Reduziertes Engagement:** Die Einsatzbereitschaft verringert sich, der Optimismus sinkt und Situationen, die Frustrationen auslösen können, werden umgangen.
- **Stagnation:** Die Ausbildung von Handlungen, die mit geringem Energieaufwand und geringer Enttäuschungsgefahr erreicht werden können, führt zur Stagnationsphase. Durch Dauerbelastungen sind Betroffene ständig unter Druck, der auch nicht in der Freizeit abgelegt werden kann. Die Gedanken sind ständig beim Beruf. Die Gefühlswelt wird stark beeinträchtigt und abgeflacht.
- **Existenzielle Verzweiflung:** Die Folgen dieser Dauerbelastung führen bei Betroffenen zu starker Hoffnungslosigkeit und Erschöpfung.

4.4 Risikofaktoren für ein Burnout

Beruflicher Stress kann keiner speziellen Berufsgruppe zugeordnet werden, aber er kommt überdurchschnittlich in sogenannten «Helferberufen» wie bei Pflegefachpersonen vor (Santos, Barros & Carolino, 2010, Beck, 2011 zitiert nach Craigie et al. 2016). In Akutspitälern sind Pflegefachpersonen organisatorischem Wechsel, Belastungen von Patientinnen und Patienten sowie hohem Stress ausgesetzt (McViar, 2003, zitiert nach Craigie et al. 2016).

Die Risikofaktoren für die Entwicklung eines Burnouts lassen sich in zwei Kategorien unterteilen (Schmidt, 2015):

- **Äussere Bedingungen**

Die Arbeitsbedingungen im Berufsalltag sind bedeutsam: Dazu gehören Arbeitsbelastung beziehungsweise Überlastung sowie Leistungsdruck. Auch die Führungsweise des Arbeitsgebers oder Konkurrenzverhalten zwischen Teammitgliedern können stark belasten. Weiter haben fehlendes positives Feedback oder eine schlechte Dienstplanung, ein zu geringer Handlungsspielraum oder fehlende Aufstiegsmöglichkeiten einen Einfluss. Schmidt (2015) betont; „Je monotoner die Arbeit ist, umso eher entsteht Burnout“.

- **Allgemeine Persönlichkeitsmerkmale**

Unsicherheit und Ängstlichkeit, wie auch ein hoher Selbstanspruch oder ein mangelndes Selbstwertgefühl können eine Burnout- Entwicklung günstig beeinflussen. Ungünstige Charaktereigenschaften dagegen sind überhöhte Hilfsbereitschaft, Perfektionismus und mangelnde Fähigkeit zur Abgrenzung.

4.5 **Achtsamkeit**

Im Verlaufe dieser Arbeit spielt das Thema Achtsamkeit eine wichtige Rolle, deshalb wird deren Bedeutung im folgenden Abschnitt genauer erläutert.

Die derzeitige Studienlage zeigt, dass das regelmässige Praktizieren von Achtsamkeit einen positiven Einfluss auf die Vulnerabilität hinsichtlich Stress, Burnout und psychische Probleme hat (Meibert, 2016). Sie schreibt weiter, dass sich der Begriff der Achtsamkeit sowohl auf den gegenwärtigen Zustand des Bewusstseins (state), als auch auf eine innere Grundhaltung (trait) beziehen kann. Diese Haltung kann durch Achtsamkeitsübungen trainiert werden.

Bei der Haltung der Achtsamkeit geht es darum, präsent zu sein. Sie beschreibt einen bewussten Zustand, in dem ein Moment angenommen wird wie er ist, ohne über diesen nachzudenken, ihn ändern zu wollen oder ihn zu bewerten (Meibert, 2016).

Das gemeinsame Ziel von verschiedenen achtsamkeitsbasierten Ansätzen ist die Förderung einer bewussten, wachen und selbstbestimmten Lebensgestaltung und führt dadurch zu einer Verbesserung der Lebensqualität (Meibert, 2016).

4.6 Resilienz

Rolfe (2019) schreibt über Resilienz folgendes: Der Begriff stammt vom lateinischen Wort *resilire* ab und bedeutet „zurückspringen“, „abprallen“. Im Deutschen wird unter diesem Begriff beispielsweise Belastbarkeit oder Widerstandsfähigkeit verstanden und kann sich sowohl auf Menschen sowie auch auf Organisationen beziehen.

Individuelle Resilienz bezeichnet einen dynamischen Prozess, der es Menschen ermöglicht, auch unter widrigen Umständen zu bestehen, sich anzupassen und sich so zu entfalten, dass ihr Befinden nach der Krise ähnlich wie davor oder verbessert wird.

5 Methode

Das methodische Vorgehen beinhaltet eine systematisierte Literaturrecherche. In den folgenden Unterkapiteln werden die dazugehörigen Schritte wie Datenbanken, Keywords, Boolesche Operatoren, Limits sowie Ein- und Ausschlusskriterien erläutert.

Ergänzend werden Bücher oder Zeitschriften aus dem NEBIS Katalog für Begriffsklärungen hinzugezogen.

5.1 Flowchart

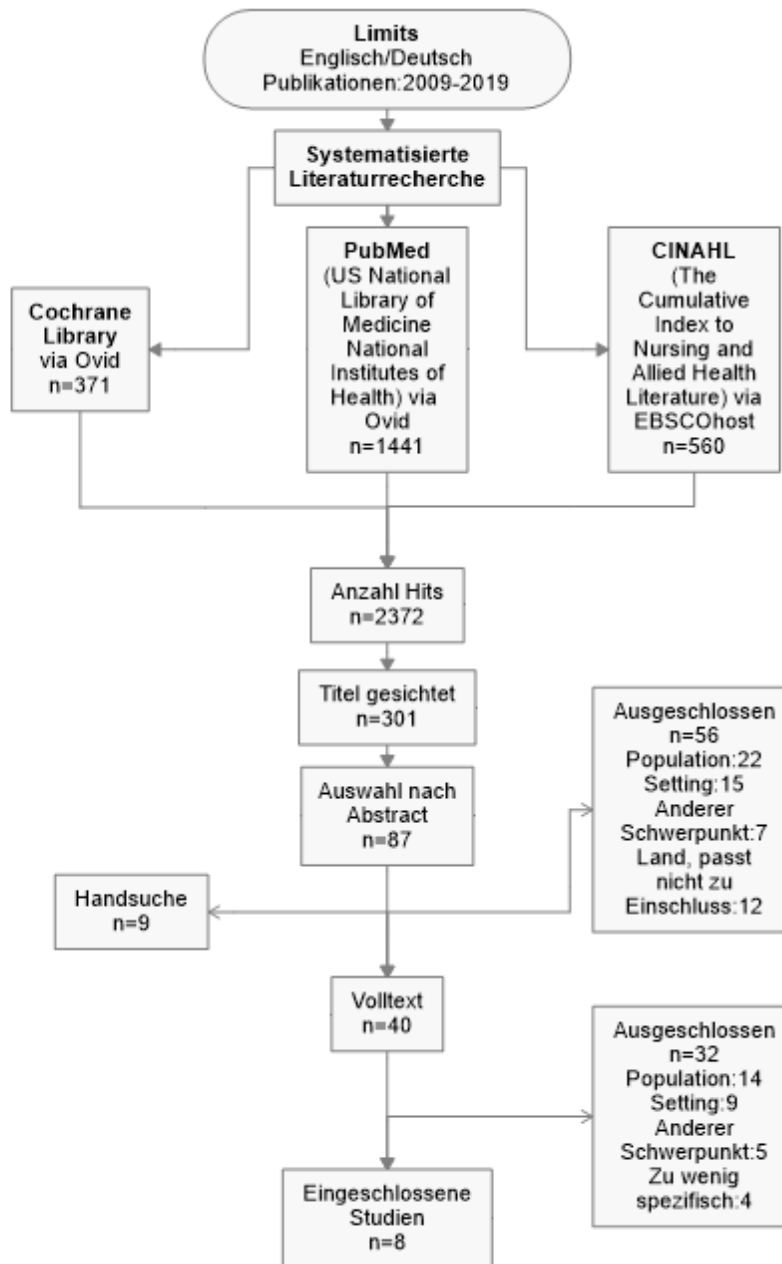


Abbildung 1. Flowchart der systematisierten Literaturrecherche

5.2 Datenbankrecherche

Bei einer ersten Grobrecherche und der vertieften Literatursuche wählten die Autorinnen verschiedene themenrelevante Studien aus. Sie recherchierten mit Keywords, MeSH Terms und Subject Headings in den Datenbanken PubMed, CINAHL, Cochrane Library. Graue Literatur entnahmen sie dem NEBIS Katalog.

5.3 Keywords, Mesh und Subject Headings

In der Tabelle 1 werden die Suchstrategie verdeutlicht.

Tabelle 1

Eigene Darstellung von Definition Keywords, Mesh und Subject Headings

	Keywords Deutsch	Keywords Englisch, Synonyme	Mesh und Subject Headings
Phänomen	Stress, Burnout	Stress, burnout, burn-out in nursing, stress-management, self-management, Self Care	Stress Management, Occupational Stress, Burnout Professional, Self-Management, Self Care
Population	Pflegefachperson	Nurse, registered nurse	Nurse, nurse practitioner
Setting	Akutspital, Bettenstation	Acute hospital, acute care hospital	hospitals
Andere	Interventionen, Bewältigungsstrategien, Strategien, Achtsamkeit, Burnout- Prävention, Selbstachtsamkeit	Intervention, coping strategies, mindfulness, burnout prevention, self-awareness	

5.4 Boolesche Operationen

Mithilfe der Booleschen Operatoren „AND“ und „OR“ wurden Begriffe miteinander kombiniert. Aufgrund zufriedenstellender Suchergebnisse wurde auf die Kombination mit „NOT“ verzichtet (Simon, 2013).

5.5 Limits

Die Abgrenzungen wurden wie folgt vorgenommen:

Publikationen der Studien und Literatur vor 2009 wurden nicht miteinbezogen. Dies gewährleistet einen möglichst aktuellen Wissensstand. Es wurde nach Studien mit Abstracts

gesucht, um zu entscheiden, ob die Ein- und Ausschlusskriterien passen und sie somit weiterverwendet werden können.

Dabei wurden englische und deutsche Studien eingeschlossen, da die Autorinnen diese Sprachen beherrschen und somit keine professionelle Übersetzung benötigen.

5.6 Ein- und Ausschlusskriterien

Im folgenden Text werden die Ein- und Ausschlusskriterien dargestellt und begründet. Studien, die in der Stichprobe mehrheitlich Pflegefachpersonen auf einer Bettenstation in einem Akutspital zum Inhalt haben, wurden eingeschlossen. Für diese Population sollen Strategien und Interventionen gefunden werden, weil es relevant ist diese grosse Gruppe vor Stress und Burnout zu schützen.

Es wurde konkret nach Studien mit praxisnahen Interventionen und Strategien recherchiert, damit später die Ergebnisse im Theorie-Praxistransfer anwendbar sind und einen Vorteil für die Pflegefachperson bringen. Sie sollen das Thema Stress- Selbstmanagement sowie einen präventiven Charakter haben, um frühzeitig einem Burnout entgegenzuwirken. Die Pflegefachpersonen sollen eine Auswahl von Interventionen und Strategien kennenlernen, die sie in der Praxis anwenden können um bei Bedarf ihr eigenes Stressniveau zu senken.

Die Studien sollen aus Europa, USA oder Australien stammen, um eine hohe Vergleichbarkeit zwischen den Kulturen zu ermöglichen. USA und Australien werden neben Europa eingeschlossen, da sie auch einen hohen Anteil an akademisch ausgebildeten Pflegefachpersonen und somit einen hohen Pflegestandard aufweisen.

Die Autorinnen verfügen über Expertise auf den Bettenstationen im Akutbereich und schlossen deshalb andere Settings wie Psychiatrie, Hospiz, Altersheim, Notfall und die Intensivstation aus. Dies sorgt für eine bessere Vergleichbarkeit der Resultate aller Studien. Ausgeschlossen wurden Studien, die Zahlen zur Häufigkeit sowie Ursachen und Hintergründe für Stress oder Burnout liefern, da der Fokus auf Interventionen und Strategien gelegt wurde.

Um den Rahmen der Arbeit nicht zu sprengen sowie um eine bessere Vergleichbarkeit zu erzielen, wurden Studien, bei denen sich die Teilnehmenden aus Pflegefachpersonen und anderen Berufsgruppen mischten und von denen mehr als 40% Personen Ärzte, Studentinnen und Studenten sowie Spital- und Büroangestellte beinhalteten, eliminiert.

Studien, aus dem östlichen Kulturkreis, wie z.B. asiatischen Ländern, wurden ausgeschlossen, da sich diese stark vom westlichen Kulturkreis wie Europa, USA oder Australien unterscheiden und somit keine eindeutigen Parallelen gezogen werden können.

6 Beurteilung der Studien

Die Zusammenfassung, sowohl der qualitativen als auch der quantitativen Studien erfolgt in dieser Arbeit mit Hilfe des EMED-Rasters in Einleitung, Methode, Ergebnisse und Diskussion.

Die Autorinnen haben die Studien jeweils kritisch nach den Gütekriterien Glaubwürdigkeit, Aussagekraft und Anwendbarkeit bewertet (Behrens & Langer, 2010).

Je nach Design der Studie haben die Autorinnen eine der spezifischen Beurteilungshilfen verwendet (Behrens & Langer, 2010, zitiert nach Universitätsklinikum Halle, o.J.). Die zwei Mixed-Method Studien haben sie mit einer entsprechenden Beurteilungshilfe kritisch gewürdigt (Long, 2005) (vgl. 11.5, Kritische Beurteilung).

Die Studien wurden anhand der 6 S Pyramide beurteilt (DiCenso, Bayley und Haynes, 2009). In Abbildung 1 wird diese Pyramide dargestellt.

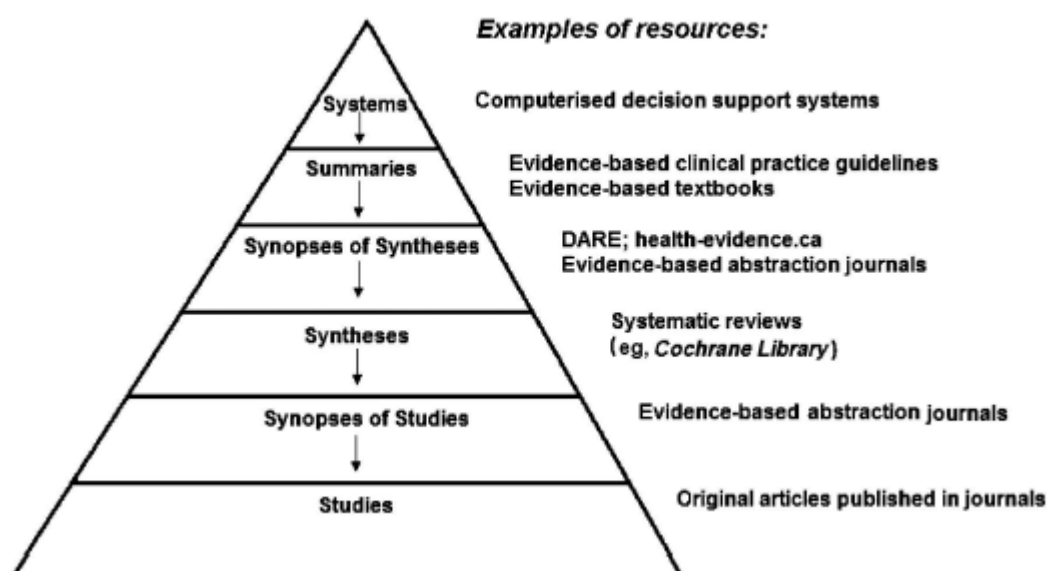


Abbildung 2. 6 S Pyramide

7 Ergebnisse

Zuerst werden die acht Studien in der Tabelle 2 zur Übersicht kurz anhand wichtiger Schlagpunkte zusammengefasst. Weiter werden die Ergebnisse nach Kategorien erläutert. Durch diese Kategorisierung wird auf eine strukturierte Beantwortung der Fragestellung gezielt. Nachfolgend werden die vier Kategorien für die weitere Struktur in den folgenden Kapiteln weiterbehalten, um einen Roten Faden in der Arbeit zu gewährleisten.

7.1 Übersichtstabelle zu den Studien

In der Tabelle 2 wird eine Übersicht über die eingeschlossenen Studien geboten.

Tabelle 2

Eigene Darstellung von einer Übersichtstabelle der eingeschlossenen Studien

Autorinnen und Autoren	Land	Titel	Design	Ziel/ Zweck	Stichprobe
Alexander, Rollins, Walker, Wong & Penning (2015)	USA	Yoga for Self-Care and Burnout Prevention	Experimentell	Durch Yoga als Selbstpflegestrategie Stress reduzieren.	n = 40
Craigie et al. (2016)	Australien	A Pilot Evaluation of a Mindful Self-Care and Resiliency (MSCR) Intervention for Nurses	Quasi-Experimentell	Mit Hilfe des Programmes Mindful Self-Care and Resiliency (MSCR) wird Achtsamkeit und Resilienz bei Pflegefachpersonen geschult.	n = 20
Günüşen & Ustün (2010)	Türkei	An RCT of coping and support groups to reduce burnout among nurses	Experimentell	Schulung bei Bewältigungs- und Unterstützungsgruppen zu evaluieren, um ein Burnout unter Pflegenden zu reduzieren.	n=108

Autorinnen und Autoren	Land	Titel	Design	Ziel/ Zweck	Stichprobe
Kravits, McAllister-Black, Grant & Kirk (2010)	USA	Self- Care strategies for nurses: A psycho- educational intervention for stress reduction and the prevention of burnout	Mixed Methods	Erlernen von Selbstpflege Strategien unterteilt in fünf verschiedene Kategorien: Körperlich, Emotional, Spirituell, Kognitiv/Mental und Sozial	n=248
Mahon, Mee, Brett & Dowling, (2017)	Irland	Nurses perceived stress and compassion following a mindfulness meditation and self compassion training	Quasi- Experimentell	Der Effekt eines Achtsamkeitstrainings auf das Stresslevel und Mitgefühl von Pflegefachpersonen.	n = 90
Manomenidis, Panagopoulou & Montgomery, (2016)	Griechenland	The „switch on- switch off model“: Strategies used by nurses to mentally prepare and disengage from work	Phänomenologie	Bewältigungsstrategien von Pflegefachpersonen zur mentalen Vorbereitung auf eine Arbeitsschicht (switch on) oder Ablösung am Ende der Arbeitsschicht (switch off).	n = 11
Pereira, Fonseca&Carvalho, (2012)	Portugal	Burnout in nurses working in Portuguese Palliative care teams: A mixed methods study	Mixed Methods	Bei Pflegefachpersonen den Grad des Burnout Levels und Schutzfaktoren zur Burnout-Prävention zu identifizieren.	n = 73
Villani, Grassi, Cognetta, Toniolo, Cipresso&Riva, (2013)	Italien	Self- Help Stress Management Training Through Mobile Phone	Experimentell	Ein Selbsthilfeprogramm, welches die kurzfristigen Wirkungen von Mobiltelefonen bei Pflegefachpersonen untersucht.	n = 30

7.2 Kategorien der einzelnen Studien

In den folgenden Unterkapiteln werden die Studienergebnisse in die vier folgenden Kategorien unterteilt: Edukation, Strategien zum Stress-Selbstmanagement zur Burnout-Prävention, Interventionen zum Stress-Selbstmanagement zur Burnout-Prävention und Resilienz.

7.2.1 Edukation

In diesem Abschnitt wird die erste Kategorie, die Edukation erläutert. Dieser Teil beschreibt vier Schulungsprogramme, die in der untenstehenden Aufzählung genannt werden. Unterricht oder Schulungen erzielen Verbesserungen in den Kriterien für ein Burnout, das sich auszeichnet durch hohe EE und DP sowie ein tiefer PA Score (Günügen, Ustün, 2010; Kravits et al. 2010). Bei Villani et al. (2013) sanken die hohen Stress-Levels. Einen Rückgang in den hohen Burnout-Levels zeigte sich nach der Schulung (Craigie et al., 2016).

- Schulung mittels Bewältigungs- und Unterstützungsgruppen (Günügen & Ustün, 2010)
- Psycho-edukatives Programm (Kravits et al., 2010)
- Schulung mittels eines Kurses zur Achtsamkeit und Resilienz (Craigie et al., 2016)
- Stressimpfungstraining von Meichenbaum (Villani et al., 2013)

In Tabelle 3 wird eine Übersicht über die Schulungsprogramme gegeben, aus welcher beispielsweise Informationen wie Gruppengrösse und Zeitaufwand entnommen werden können.

Tabelle 3

Eigene Darstellung Übersicht der Schulungsprogramme

Autorinnen Autor	Edukationsform	Gruppen- grösse/-form	Zeitaufwand für den Teilneh- menden des Kurses	Dauer der Studie
Günösen & Ustün (2010)	Schulung mittels Bewältigungs- und Unterstützungsgruppen	Mittlere Gruppengrösse 12 bis 18 Personen mit unterschiedlichem Unterrichtsinhalt von den zwei Gruppen	Sieben Lektionen mit je 1.5- 2 Stunden innerhalb sieben Wochen	Sechs Monate
Kravits et al. (2010)	Psycho-edukatives Programm	Gruppengrösse unbekannt Gemeinsamer Unterricht	Zweimalig im Monat für sechs Stunden	Zwei Jahre
Craigie et al. (2016)	Schulung mittels eines Kurses zur Achtsamkeit und Resilienz	Kleine Gruppengrösse mit 10 bis 11 Personen Gemeinsamer Unterricht	Insgesamt 12 Stunden, eingeschlossen Kurs zur Achtsamkeit (1.75 Stunden) und Kurs zur Resilienz (dreimal 1.75 Stunden) über einen Monat verteilt.	Zwei Monate
Villani et al. (2013)	Stressimpfungstraining von Meichenbaum	Alleine, ohne Gruppe	Achtmal für 15 Minuten Videos schauen	Einen Monat

Schulung mittels Bewältigungstraining- und Unterstützungsgruppen (Günösen & Ustün, 2010)

Günösen und Ustün (2010) untersuchten, wie effektiv Bewältigungstrainings-, und Unterstützungs-Gruppen sind, um ein Burnout bei Pflegefachpersonen zu reduzieren.

Als Assessment wurde der Maslach Burnout Inventory (MBI) Fragebogen vor- und nach der Interventionsdurchführung benutzt, um eine Veränderung in emotionaler Erschöpfung (EE), Depersonalisation (DP) und der reduzierten persönlichen Leistungsfähigkeit (PA) zu erkennen.

Die Schulung von theoretischen und praktischen Inhalten wie beispielsweise Kommunikationsfähigkeit, fand entweder in Form von Bewältigungs- oder in Untersuchungsgruppen statt. Dabei zeigten sich bei den Ergebnissen keine Unterschiede zwischen den Gruppen. Die Resultate von (EE) zeigten sich signifikant in Bezug auf Zeit ($p=0.00$). Günügen und Ustün (2010) zeigten hier eine Reduktion der (EE) nach der Durchführung der Intervention auf. Im Verlaufe der sechs Monate stieg diese jedoch wieder an. Die Resultate waren nicht signifikant bezogen auf die Gruppe ($p=0.14$) und nicht signifikant bezüglich Gruppe x Zeit ($p=0.59$).

Zudem waren keine signifikanten Resultate in den Bereichen (DP) erkennbar: (DP) Zeit ($p=0.54$) (DP) Gruppe: ($p=0.36$) (DP) Gruppe x Zeit: ($p=0.54$).

Die (PA) war ebenfalls in keinen Punkten signifikant:

(PA) Zeit: ($p=0.08$). (PA) Gruppe: ($p=0.47$). Gruppe x Zeit: ($p=0.59$).

Zusammenfassend waren die Resultate nur im Punkt (EE) signifikant und dies auch nur in einem Zeitfenster von einem halben Jahr. Die restlichen Ergebnisse in den Bereichen (DP) und (PA) waren nicht signifikant, deshalb war diese Schulung nicht besonders erfolgreich.

Psycho-educatives Programm (Kravits et al., 2010)

Kravits et al. (2010) evaluierten in ihrer Studie ein psycho- edukatives Programm: Essenziell waren die Schulungen in Entspannungstechniken, geführte Meditationen und das Erstellen eines Wellnessplanes. Darin erlernten Pflegefachpersonen verschiedene Bewältigungsstrategien, um damit ihr persönliches Stressmanagement im stressigen Berufsalltag zu unterstützen. Der theoretische Hintergrund basiert auf dem Stress-Modell von Lazarus (Lazarus & Folkman, 1984).

Kravits et al. (2010) zeigten bei der Auswertung des MBI Fragebogens signifikante Resultate ($p<0.0005$) im Nachtest bei emotionaler Erschöpfung (EE) und der Depersonalisierung (DP). Grundsätzlich lässt sich sagen, je höher der Wert der (EE) desto mehr erschöpft ist jemand und desto grösser das Risiko für ein Burnout. Der Wert für die (EE) ist nach der Schulung von 37% auf 27% gesunken, was positiv ist. Beim Wert für (DP) gilt ebenfalls je höher der Wert, desto mehr Risiko für ein Burnout besteht. Der Wert sank nach der Schulung von 13% auf 10%.

Im Punkt (PA) zeigten sich keine signifikanten Werte.

Schulung mittels eines Kurses über Achtsamkeit und Resilienz (Craigie et al., 2016)

Craigie et al. (2016) hatten zum Ziel, eine Verbesserung im Bereich Resilienz und Achtsamkeit zu erreichen. Sie verwendeten dabei ein weiteres Assessment in Bezug auf die Bestimmung von Burnout-Levels „The Professional Quality Of Life Scale (ProQOL)“ von Stamm (2010), der die Risiko-Kategorien Mitgeföhlszufriedenheit Compassion satisfaction (CS), Burnout und sekundärer traumatischer Stress „secondary traumatic stress“ (STS), der in tiefe, mittlere oder hohe Level unterteilt wird.

Es zeigte sich nach der Schulung eine Verbesserung von 30% in den hohen Burnout Levels.

In der Kategorie (CS) waren 15% in den hohen Levels vor der Intervention und nach einem Monat hatten 35% einen hohen Wert, dies entspricht einer deutlich positiven Steigerung der (CS).

Es zeigte sich in Bezug auf Burnout am Ende der Intervention, sowie nach einem Monat ein signifikanter Rückgang: Burnout ($p < 0.01$).

Im Vergleich zu den Werten vor der Intervention und nach einem Monat zeigten sich zudem ein signifikanter Rückgang im Resultat Stress ($p < 0.05$). Eine Verbesserung zeigte sich ebenfalls in der Mitgeföhlsmüdigkeit „Compassion Fatigue“ (CF) ($p < 0.05$).

20% der Teilnehmenden wiesen im (STS) ein hohes Stress- Level auf, dieser Prozentsatz blieb auch nach Beendigung der Intervention. Es zeigte sich jedoch eine Verbesserung im Bereich der tiefen Stress-Levels von 10% zu 25% nach der Intervention. Der Prozentsatz der Teilnehmenden der mittleren Stress-Levels, verbesserten sich von 70% auf 55%.

Stressimpfungstraining von Meichenbaum (Villani et al., 2013)

Villani et al. (2013) fokussierten sich wie Kravits et al. (2010) auf die Schulung von Bewältigungsstrategien. Ihre Methode ist das Stress Inoculation Training (SIT) Stressimpfungstraining. Damit können stressige Situationen präventiv angegangen werden, durch die Vermittlung von verschiedenen Bewältigungsstrategien (Meichenbaum, 2012). Zusätzlich erlernen die Teilnehmenden zwei Arten von Entspannungstechniken, die progressive Muskelrelaxation und das autogene Training. Die Schulung fand mittels Mobiletelefonen statt, mit denen Videoclips abgespielt wurden. Diese unterschieden sich, in dem die Kontrollgruppe inhaltlich neutrale Videos sahen, die experimentelle Gruppe dagegen entspannende und zwei spezielle Videos. Die Pflegefachpersonen erlernten dadurch zwei Bewältigungsstrategien, um mit Stress umzugehen. Die erste Strategie war die Verleugnung von

stressigen Situationen, in der Personen den Stress nicht als solchen wahrnehmen und gleich weiterarbeiteten, als wäre kein Stress da. Bei dieser Strategie zeigten sich signifikante Resultate in der experimentellen Gruppe ($p=0.014$). Das bedeutet die Strategie „Verleugnung“ zur Bewältigung wurde nach der Schulung weniger angewendet. Die zweite Bewältigungsstrategie ist die aktive Bewältigung, in der versucht wird eine stressige Situation aktiv zu ändern. Nach der Schulung zeigten sich signifikante Resultate in der experimentellen Gruppe ($p=0.032$). Diese aktive Strategie wurde in der experimentellen Gruppe nach der Schulung vermehrt angewendet. Die Kontrollgruppe zeigte in beiden Strategien keine signifikanten Resultate.

Zusammenfassend lassen sich mehrheitlich positive Resultate in allen vier Studien erkennen. Laut Craigie et al. (2016) sanken die Burnout-Levels sanken nach der Schulung, was für einen Erfolg der Schulung spricht. Laut Kravits et al. (2010) war die Schulung erfolgreich. Dies zeigte sich durch die Auswertung des MBI Fragebogens, welcher eine Verbesserung aufwies in den Punkten (EE) und (DP), nicht aber im (PA).

Bei Günüşen und Ustün (2010) zeigte sich vorerst eine Verbesserung im Punkt (EE), dieser stieg aber innerhalb der sechs Monate wieder an. Dies entspricht einem kleinen Erfolg. Weiter zeigte sich keine Verbesserung in den Punkten (DP) und (PA), weshalb die Schulung nicht besonders effektiv war.

Bei Villani et al. (2013) erlernten die Teilnehmenden zwei Bewältigungsstrategien. Dabei wurde die aktive Strategie, in der versucht wurde eine stressige Situation zu ändern, viel mehr angewendet, als die Strategie „Verleugnung“.

7.2.2 Strategien zum Stress- Selbstmanagement zur Burnout- Prävention

Es werden im Folgenden die verschiedenen Kategorien zur Stressbewältigung beschrieben. Kravits et al. (2010) erläutern in den Resultaten körperliche, emotionale, spirituelle, kognitiv / mentale und soziale Aktivitäten. Pereira et al. (2012) beschreiben vor allem spirituelle, soziale Interaktionen und schützende Faktoren, die die Fürsorgeethik beinhaltet. Manomenidis et al. (2016) ergänzen Strategien, die der Energiegewinnung wie auch der Entspannung dienen.

Nachfolgend werden die Strategien thematisch in drei Unterkategorien gruppiert.

Soziale Interaktion (Kravits et al., 2010; Manomenidis et al., 2016; Pereira et al., 2012)

- Pereira et al. (2012) erkennen gemeinsame Aktivitäten: Dazu gehört Essen oder ein Treffen in der Freizeit; diese werden genannt, weil damit Raum geschaffen wird, um gemeinsam zu lachen und eine Person besser kennenzulernen. Somit können Konflikte, die während der Arbeit auftreten, konstruktiver gelöst werden.
- Pereira et al. (2012) sehen als Strategie ein Teamtreffen, dass jährlich stattfindet und unter anderem Schulungen über Zeit- und Stressmanagement beinhalten kann. Die Bearbeitung in Gruppen führt zur Stärkung der Teamdynamik.
- Kravits et al. (2010) beschreiben soziale Aktivitäten wie Familie oder Freunde treffen. Ein gutes soziales Netz gibt Rückhalt und dient als Ort der Erholung.
- Manomenidis et al. (2016) definieren als Strategie soziale Interaktion. Der soziale Austausch untereinander wird geschätzt.

Spiritualität (Kravits et al., 2010 ; Manomenidis et al., 2016 ; Pereira et al., 2012)

- Pereira et al. (2012) benennen Strategien bei der Betreuung von sterbenden Patienten. Rituale, die nach Versterben eines Patienten durchgeführt werden, sind unterschiedlich. Sie sind jedoch für Pflegefachpersonen von grosser Bedeutung. Beispiele für Rituale sind Anzünden einer Kerze oder ein symbolischer Stern für Patientinnen und Patienten auf welchem Gedanken notiert werden.
- Kravits et al. (2010) nennen als Strategie auch Spiritualität, beispielsweise in Form von Beten.
- Manomenidis et al. (2016) zeigen generell religiöse Rituale als effiziente Strategie auf.

Persönliche Strategien zur Energiegewinnung und Entspannung (Kravits et al., 2010; Manomenidis et al., 2016)

Manomenidis et al. (2016) beschreiben Strategien, wie sich Pflegefachpersonen mental auf eine Arbeitsschicht vorbereiten können (switch on). Im Gegenzug dazu beschreibt ihre Strategie Möglichkeiten zum Abschalten im Anschluss an das Ende der Arbeitsschicht (Switch off). Dazu gehören Verwöhnen/Persönliche Pflege, Nikotin/Kaffee, Musik hören.

Kravits et al. (2010) bestimmen fünf verschiedene Aktivitäten. Dazu gehören Körperliche wie Fahrradfahren als Strategie im Umgang mit Stress, Emotionalität wie beispielsweise ein Hobby auszuüben zur Stressminderung. Zudem beschreiben sie Kognition

und Mentalität, wie das Formulieren von positiven Absichten zur Stressminderung. Als Sozial erläutern sie beispielsweise die Bedeutung von Treffen mit Familien oder Freunden. Im Hinblick auf die Spiritualität erwähnen sie einen Besuch in der Kirche oder das Beten.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Strategien Ähnlichkeiten aufweisen. Kravits et al. (2010) zeigten, dass die sozialen Interaktionen, körperliche Aktivitäten und die Spiritualität wie beispielsweise das Ausüben von Ritualen oder Beten wichtige Strategien sind. Manomenidis et al. (2016) erkannten, dass eine Strategie immer zwei Wirkungsmechanismen haben kann, entweder liefert sie Energie oder sie dient zur Erholung.

7.2.3 Interventionen zum Stress- Selbstmanagement zur Burnout- Prävention

Welchen Einfluss Achtsamkeitstraining und Yoga auf Stress und Burnout-Prävention hat, wird in zwei Unterkapiteln beschrieben.

Achtsamkeit als Intervention (Mahon et al., 2017)

Mahon et al. (2017) untersuchten in drei Spitälern die Auswirkungen von Achtsamkeitsmeditation „mindfulness meditation“ und Selbstmitgefühlstraining „self- compassion training“ auf das von Pflegefachpersonen erlebte Mitgefühl (compassion). Dabei benutzten die Autoren den Fragebogen Compassion Scale (CS) mit 24 Fragen (Pommier, 2011).

Dieser beurteilt drei Aspekte: Entgegenkommen versus Gleichgültigkeit, helfendes Miteinander versus Separation, Achtsamkeit versus Ablösen.

Im CS sind folgende Werte der Teilnehmenden nach der Intervention bedeutend angestiegen:

Entgegenkommen: 16.53 auf 17.20 ($p=0.042$)

Achtsamkeit: 15.31 auf 16.85 ($p<0.001$)

Im CS sind folgende Werte der Teilnehmenden nach der Intervention bedeutend gesunken:

Gleichgültigkeit: 8.78 nach 7.34 ($p=0.001$)

Separation: 9.29 nach 7.93 ($p=0.006$)

Ablösung: 8.84 nach 7.39 ($p<0.001$)

Der Punkt helfendes Miteinander: ($p=0.884$) war hingegen nicht signifikant.

Zusammenfassend zeigte sich, dass die Interventionen Achtsamkeitsmeditation und Selbstmitgefühlstraining zum verbesserten Mitgefühlsvermögen führten.

Yoga als Intervention (Alexander et al., 2015)

Yoga wird als Intervention wie auch als eine Selbstpflegestrategie gesehen. Alexander et al. (2015) zeigte, dass die Achtsamkeit auch in Yoga eine wichtige Rolle spielt.

Der Schwerpunkt der Yogaintervention besteht darin, die Selbstpflegefertigkeiten bei den Teilnehmenden zu verbessern und ihnen dadurch den Umgang mit Stress zu erleichtern. Einer dieser Fertigkeiten beinhaltet das Erlernen einer verbesserten Selbstwahrnehmung, die sie zu vermehrter Achtsamkeit der einfachen und unbewussten täglichen Aktivitäten befähigt.

Als Assessment wurde der Freiburg Mindfulness Inventory (FMI) Fragebogen mit 14 Fragen verwendet, der mit einem Cronbach alpha von 0.86 reliabel und valide ist.

In den ersten Yogastunden lernen die Teilnehmenden bewusst auf ihre Atemtechnik zu achten. bestätigen, dass diese bewusste Atemtechnik dem Körper und Geist erlaube, sich bei Erschöpfung oder Depression zu entspannen oder sich zu stärken (Burg & Michalak, 2011; Mason et al., 2013, zitiert nach Alexander et al., 2015)

Die Resultate zeigen in der experimentellen Gruppe eine signifikante Verbesserung in Selbstpflege ($p=0.001$), Achtsamkeit ($p=0.028$) emotionaler Erschöpfung ($p=0.008$) und Depersonalisation ($p=0.007$).

Die Pflegefachpersonen zeigten nach der achtwöchigen Yogaintervention höhere Werte der Selbstpflege, geringere emotionale Erschöpfung und Depersonalisation. Die Autoren der Studie unterstützten die positiven Resultate und untermauern die Aussage, dass Yoga eine effektive Intervention für die Gesundheitsförderung unter Pflegefachpersonen ist und ein Burnout reduzieren kann (Raingruber & Robinson, 2007, zitiert nach Kravits et al., 2010)

Zusammenfassend zeigt sich, dass sich mit Achtsamkeitstraining Verbesserungen in verschiedenen Punkten wie Entgegenkommen, Achtsamkeit, Gleichgültigkeit, Separation und Ablösung ergaben.

Yoga ist ebenfalls eine gewinnbringende Intervention, welche positive Auswirkungen auf die Selbstpflege, Achtsamkeit, emotionale Erschöpfung und Depersonalisation hat.

Das Achtsamkeitstraining und Yoga Ähnlichkeiten aufweisen, wird verdeutlicht indem während einer Yoga Stunde Achtsamkeit praktiziert wird.

7.2.4 Resilienz

In diesem Abschnitt werden die Ergebnisse hinsichtlich der Resilienz erläutert.

Selbstpflegestrategien sind bedeutsam in der Bewältigung von Stress und Bildung von emotionaler Resilienz (Quinn, 2014, zitiert nach Alexander et al., 2015).

Ein Beispiel für eine Intervention, die Stress vermindert, indem die Resilienz gestärkt wird, ist wiederum Yoga, auf welche die Autorinnen bereits im Kapitel 7.2.3 eingegangen sind.

Yoga hat erwiesenermassen einen positiven Effekt (Chapman & Bredin, 2011; Kumar, 2013; Yang, 2007, zitiert nach Alexander et al., 2015).

Kravits et al. (2010) erkannte die Bedeutung der Resilienz. Er war deshalb in seiner Studie interessiert daran herauszufinden, welche positiven Bewältigungsstrategien existieren, um diese zu fördern. Die untersuchten Strategien wurden bereits im Unterkapitel 7.2.2 bei den Strategien zur Stressbewältigung erläutert.

Pereira et al. (2012) ergänzte zu den Interventionen schützende Faktoren und deren Wirkungsweise, zur Förderung der Resilienz. Pflegefachpersonen erfahren einen positiven Effekt im Erleben einer sinnvollen Tätigkeit während der Durchführung einer Pflegeintervention, dies kann sich äussern in der Dankbarkeit der Patienten sowie dem Gefühl der Pflegefachpersonen etwas im Leben des Patienten bewirken zu können und dessen Fortschritte im Therapieplan zu erkennen.

Weiter benennen die Pflegefachpersonen die Bedeutung im Erleben der Fürsorgeethik. Dabei beschreiben sie den Wert des empathischen Beziehungsaufbaus mit Patientinnen und Patienten sowie mit deren Angehörigen und das ihnen dabei entgegen gebrachte Vertrauen. Hierzu kommt ein weiterer wichtiger Faktor; nämlich die Fähigkeit im Moment präsent zu sein, vor allem in einer schwierigen Situation. Innerhalb des Teams zeigt sich die Fürsorgeethik beispielsweise durch das Besprechen von schwierigen Situationen und das gemeinsame Meistern von Krisen mit Teamkolleginnen und Teamkollegen, dies wird ebenfalls als eine kraftpendende Ressource erlebt.

Craigie et al. (2016) untersuchte ein Schulungsprogramm, genannt Achtsamkeit Selbstpflege und Resilienz „mindful self- care and resilience“ (MSCR) zur Resilienz-Förderung und Verbesserung der Selbstpflege bei Pflegefachpersonen zur Prävention von

Mitgeföhlsmüdigkeit ein. Nach der Durchführung dieses Achtsamkeitstrainings zeigte sich ein signifikanter Rückgang bei Stress ($p < 0.05$), jedoch keine Verbesserung im Punkt Resilienz.

Dieses Ergebnis konnte nicht mit anderen Studien verglichen werden, da die Resilienz jeweils im theoretischen Hintergrund erläutert, jedoch nicht anhand eines Assessments, untersucht worden ist.

Zusammenfassend zeigt sich, dass Selbstpflegestrategien sowie die Praktizierung von Yoga die Resilienz stärken. Pereira et al. (2012) beschrieb die schützenden Faktoren. Diese beinhalten unter anderem die Fürsorgeethik, welche sich beispielsweise im Sinnfinden in der Pflögetätigkeit zeigen.

Durch die erhöhte Resilienz ist eine Pflögefachperson belastbarer und dadurch auch leistungsfähiger, weil er/ sie einen besseren Umgang mit Stress pflegt.

8 Diskussion

In diesem Kapitel werden zuerst die Inhalte der Studien diskutiert und in einem zweiten Schritt erfolgt eine kritische Würdigung der Literaturgüte. Zur inhaltlichen Diskussion gehören der Stand der Forschung und die vier Kategorien der Ergebnisse, die einzeln erläutert werden.

8.1 Stand der Forschung

Dass Stress und Burnout ein häufiges und vielseitig untersuchtes Phänomen ist, zeigte sich in der Anzahl Hits in den verschiedenen Datenbanken. (vgl. 11.6, Suchverlauf). In der systematisierten Literaturrecherche zeigte sich im Gesundheitsbereich oft, dass Stress und Burnout allgegenwärtig sind und in vielen Berufsgruppen wie bei Hebammen, Studenten im Gesundheitsbereich oder Manager vorkommen. Allgemein gaben in den Studien, die Pflögefachpersonen eingeschlossen haben, oft die Mehrheit erhöhte Belastungen, was für erhöhten Stress und ein Burnout spricht.

Wie gross die Anzahl an Personen, die an Burnout erkranken ist, ist von Land zu Land unterschiedlich. Dies beruht unter anderem auf den verschiedenen hohen Arbeitsbelastungen oder der gestellten Arbeitsbedingungen, denn die Anzahl Patientinnen und Patienten pro

Pflegeperson kann stark variieren. Bereits in einem Nachbarsland wie Deutschland, ist die Anzahl davon pro Pflegekraft deutlich höher als in der Schweiz (Zander et al., 2014). Da beide Autorinnen auch im Pflegeberuf tätig sind, sind sie dem alltäglichen Stress ausgesetzt und haben eigene Erfahrung bezüglich des Problems des Burnout-Risikos. Die Zahlen von erhöhten Burnout-Levels sind alarmierend (Zander et al., 2014). Heute gibt es aber dank der entsprechenden Forschung Interventionen und Strategien, um dem entgegenzuwirken. Dies bekräftigt nochmals die Relevanz dieser Arbeit.

8.2 Inhaltliche Diskussion der vier Kategorien:

Die Autorinnen fassten ihre Ergebnisse der systematisierten Literaturrecherche in folgende vier Kategorien zusammen:

- Edukation
- Strategien zum Stress- Selbstmanagement zur Burnout- Prävention
- Interventionen zum Stress-Selbstmanagement zur Burnout-Prävention
- Resilienz

8.2.1 Edukation

Edukation steht als Synonym für Schulung oder Unterricht. Nachfolgend werden vier verschiedene Arten von Edukation geschildert.

- Schulung mittels Bewältigungs- und Unterstützungsgruppen (Günösen & Ustün, 2010)
- Psycho-edukatives Programm (Kravits et al., 2010)
- Schulung mittels eines Kurses zur Achtsamkeit und Resilienz (Craigie et al., 2016)
- Stressimpfungstraining von Meichenbaum (Villani et al., 2013)

Schulung mittels Bewältigungs- und Unterstützungsgruppen (Günösen & Ustün, 2010)

Die Autoren führten theoretische sowie praktische Schulungen der Teilnehmenden durch. Inhalt waren beispielsweise die Kommunikationsfähigkeiten. Der Unterricht fand entweder in Form von Bewältigungs- oder Untersuchungsgruppen statt, wobei sich bei den Ergebnissen keine Unterschiede zwischen den Gruppen zeigten.

Die Ergebnisse für (EE) waren nach der Durchführung der Schulung signifikant, die Werte stiegen aber wieder an innerhalb von sechs Monaten.

Die Resultate in den Punkten (DP) und (PA) waren nicht signifikant.

Als Grundlage für Auswertung diente der Maslach Burnout Inventory (siehe auch Kapitel 4.2). Es zeigte sich keine Verbesserung im Burnout-Risiko.

Eine Erklärung, wieso die (EE) nach sechs Monaten wieder angestiegen ist, könnte sein, dass nach der eigentlichen Schulung keine Wiederholungskurse (Auffrischung des Gelernten) stattfanden. Weitere Gründe und Limitation der Studien sind unter Kapitel 8.3.7 zu lesen.

Psycho-edukatives Programm (Kravits et al., 2010)

Die Autoren entwickelten und evaluierten in ihrer Studie ein psycho- edukatives Programm, in welchem Pflegefachpersonen verschiedene Bewältigungsstrategien erlernen, um damit ihr persönliches Stressmanagement zu unterstützen im stressigen Berufsalltag. Essenziell waren die Schulungen in Entspannungstechniken, geführte Meditationen und das Erstellen eines Wellnessplanes.

Kravits et al. (2010) zeigten signifikante Resultate bei der Auswertung des MBI Fragebogens im Punkt emotionaler Erschöpfung (EE) und der Depersonalisierung (DP). Grundsätzlich lässt sich sagen, je höher der Wert der (EE) desto mehr erschöpft ist jemand und desto grösser das Risiko für Burnout. Der Wert für die (EE) ist nach der Schulung von 37% auf 27% gesunken, was positiv ist. Beim Wert für (DP) gilt ebenfalls je höher der Wert, desto mehr Risiko für ein Burnout besteht. Der Wert sank nach der Schulung von 13% auf 10%. Im Punkt (PA) zeigten sich keine signifikanten Werte.

Auch Kravits et al. (2010) verwendeten den reliablen und validen MBI Fragebogen. Die Schulung zeigte nach der Auswertung mit diesem Assessment signifikante Verbesserung in den Punkten (DP) und (EE).

Schulung mittels eines Kurses über Achtsamkeit und Resilienz (Craigie et al., 2016)

Die Autoren hatten zum Ziel eine Verbesserung im Bereich Resilienz und Achtsamkeit zu erreichen.

Der Unterricht war erfolgreich, da nach der Schulung die Werte von hohen Burnout-Levels um 30% sanken. Zusätzlich stieg der Anteil der hohen Levels der Mitgefühlszufriedenheit (CS) innerhalb eines Monats um 20% an.

20% der Teilnehmenden wiesen im sekundären traumatischen Stress (STS) ein hohes Stress- Level auf, dieser Prozentsatz blieb auch nach Beendigung der Intervention. Es

zeigte sich jedoch eine Verbesserung im Bereich der tiefen Stress-Levels von 10% zu 25% nach der Intervention. Die Teilnehmenden, die mittlere Stress-Levels anzeigten, verbesserten sich von 70% auf 55%. Deshalb profitierten die Personen im mittleren Bereich am meisten durch die Intervention, indem diese 15% danach ein tieferes Level erreichten.

Stressimpfungstraining von Meichenbaum (Villani et al., 2013)

Ihre Methode ist das Stressimpfungstraining (Stress Inoculation Training, SIT). Damit können stressige Situationen bewältigt werden, indem verschiedene Bewältigungsstrategien gezeigt werden (Meichenbaum, 2012). Zusätzlich erlernten die Teilnehmenden zwei Arten von Entspannungstechniken, die progressive Muskelrelaxation und das autogene Training.

Durch die Schulung mittels Mobiltelefonen werden im Umgang mit Stress die Strategien „Verleugnung“ und „aktive Bewältigung“ erlernt (vgl. Kapitel 7.2.1). Von der experimentellen Gruppe wurde nach der Schulung die aktive Strategie vermehrt und die Strategie „Verleugnung“ weniger angewandt. Dies wird sich positiv in der Zukunft auswirken, in dem die Teilnehmenden selbst gegen den Stress angehen, anstatt diesen einfach anzunehmen.

Diese Bewältigungsstrategien, vor allem die aktive Form der Bewältigung sind wichtig, um konstruktiv und überlegt in hektischen Situationen zu reagieren. Das theoretischen Stressmodell von Lazarus zeigt auf, dass bei Auftreten von Stress zeitgleich eine Einschätzung der vorhandenen Ressourcen einer Person auftritt. Die Person schätzt ein, ob sie eine stressige Situation als irrelevant, angenehm positiv oder als stressrelevant bezeichnet. Als stressrelevant gelten wie schon früher erwähnt Situationen, welche von einer Person als sehr wichtig eingestuft werden, und es unklar ist, ob ihre Bewältigungsstrategien ausreichen (Lazarus & Folkmann, 1984).

Wertung der Schulungen zur Edukation

Zusammenfassend macht es deshalb durchaus Sinn, die Pflegefachpersonen in dem Erlernen von Bewältigungsstrategien zu unterstützen, weil sie dann über eine grössere Auswahl an Strategien verfügen und somit in einer zukünftigen stressigen Situation auf diese zurückgreifen können.

Günösen und Ustün (2010) zeigten im Hinblick auf die Schulung von Bewältigungs- und Unterstützungsgruppen wenig erfolgreiche Resultate. Es braucht weiterführende Studien,

um zu testen, ob und wie der Effekt einer reduzierten emotionalen Erschöpfung dauerhaft gesenkt werden kann.

Kravits et al. (2010) zeigten im psycho- edukativen Programm Verbesserungen in den Punkten (EE) und (DP). Essenziell waren da die Schulungen in Entspannungstechniken, geführte Meditationen und das Erstellen eines Wellnessplanes. Beim Wellnessplan konnten die Teilnehmenden eigene Strategien notieren, die ihnen helfen mit Stress umzugehen (vgl. Kapitel 7.2.1).

Craigie et al. (2016) zeigten Verbesserungen in den mittleren Stress-Levels, die nach der Schulung von 70% auf 55% sanken. Gleichzeitig sanken nach der Schulung die Werte von hohen Burnout-Levels um 30%. Diese Resultate sprechen für eine gelungene Schulung.

Villani et al. (2013) erlernten die Teilnehmenden zwei Bewältigungsstrategien. Dabei wurde nach der Schulung die aktive Bewältigungsstrategie, bei dem der Stress aktiv angegangen wird, um die Situation zu ändern vermehrt angewendet. Dies entspricht einem Erfolg der Studie. Laut dem Stressmodell von Lazarus ist das Vorhandensein einer Strategie und die positive Bewertung der Situation entscheidend, um den Umgang mit Stress zu verbessern.

8.2.2 Strategien zum Stress- Selbstmanagement zur Burnout- Prävention

Nachfolgend werden die Strategien im Hinblick auf den theoretischen Hintergrund diskutiert.

Soziale Interaktion (Kravits et al., 2010; Manomenidis et al.,2016; Pereira et al. 2012)

Pereira et al. (2012) definieren soziale Interaktion definieren als gemeinsame Aktivitäten und Teamtreffen. Auch Kravits et al. (2010) beschreiben soziale Aktivitäten als bedeutsam, da Pflegefachpersonen Kraft schöpfen im Austausch mit Familien und Freunden. Manomenidis et al. (2016) betonen zusätzlich, dass der soziale Austausch untereinander geschätzt wird.

Spiritualität (Kravits et al., 2010 ; Manomenidis et al., 2016 ; Pereira et al. 2012)

Für Pereira et al. (2012) sind bedeutsame Strategien Rituale, welche nach dem Versterben eines Patienten durchgeführt werden.

Spiritualität dient als eine emotionale Stütze im Alltag durch die Ausübung von Ritualen wie beispielsweise Beten (Kravits et al., 2010; Manomenidis et al., 2016). Ein Ritual wird

definiert als ein wiederholtes, immer gleichbleibendes, regelmässiges Vorgehen, welches nach einer festgelegten Ordnung durchgeführt wird (Duden, 2018).

Das Durchführen von Ritualen kann auch mit der Praktizierung von Achtsamkeit (Meibert 2016) verglichen werden: Bei der Ausübung von Ritualen richtet sich das Bewusstsein auf einen speziellen Moment. Rituale sowie Achtsamkeit zeigen durch regelmässige Anwendungen Erfolg durch Stressreduktion. Denn durch immer gleichbleibende wiederholt ausgeübte Handlungen wird ein Ort geschaffen, wo eine Person zur Ruhe kommen kann.

Persönliche Strategien zur Energiegewinnung und Entspannung (Kravits et al. ,2010; Manomenidis et al., 2016)

Manomenidis et al. (2016) beschreiben sowohl Strategien (switch on) zur mentalen Vorbereitung auf die Arbeit sowie auch zum Ablösen davon (switch off). Beispiele dafür sind: das Verwöhnen/Persönliche Pflege, Nikotin/Kaffee oder das Musik hören. Kravits et al. (2010) versteht darunter körperliche, sowie auch emotionale- und kognitive/ mentale Aktivitäten.

Diese Strategien dienen zur Ausübung der Selbstpflege, welche zum Ziel hat das individuelle Wohlbefinden zu fördern und dadurch den Stress im Berufsalltag zu reduzieren. Für diese Strategien spricht, dass es eine Vielzahl davon gibt und sie je nach Präferenz anwendbar sind. Durch die flexible Zeitgestaltung lassen sich diese einfach in den Alltag integrieren (Grafton & Coyne 2012).

Zusammenfassend sind die oben aufgeführten Strategien der Pflegefachpersonen in der Anwendungsphase erprobt und für effektiv befunden worden. Bedeutsam ist, dass bereits simple Strategien, wie einen Kaffee trinken vor oder nach der Arbeit, einen grossen Einfluss auf das Wohlbefinden haben, und der Stress-Level in der Folge als geringer eingestuft wird.

8.2.3 Interventionen zum Stress- Selbstmanagement zur Burnout- Prävention

Welchen Einfluss Achtsamkeitstraining und Yoga auf Stress und Burnout-Prävention hat, wird in zwei Unterkapiteln beschrieben.

Achtsamkeit als Intervention (Mahon et al., 2017)

Mahon et al. (2017) untersuchten die Auswirkungen von Achtsamkeitsmeditation „mindfulness meditation“ und Selbstmitgefühlstraining „self-compassion training“ auf das von Pflegefachpersonen erlebte Mitgefühl „compassion“.

Als Resultat der Studie zeigte sich nach der Schulung durch die Achtsamkeitsmeditation eine Steigerung im Punkt Entgegenkommen und Achtsamkeit. Ebenso sanken die Werte für Gleichgültigkeit, Separation und Ablösung. Diese Resultate stammen von einem Fragebogen „Compassion Scale“, der vor und nach der Intervention ausgefüllt wurde.

Zusammenfassend zeigte sich, dass die Interventionen Achtsamkeitsmeditation und Selbstmitgefühlstraining zum verbesserten Mitgefühlsvermögen führten.

Die Theorie zeigt, dass durch das regelmässige Praktizieren von Achtsamkeit die Anfälligkeit für Stress reduziert wird und ebenso das Burnout-Risiko senkt (Meibert, 2016).

Yoga als Intervention (Alexander et al., 2015)

Die Achtsamkeit spielt auch bei Yoga eine essenzielle Rolle. Alexander et al. (2015) zeigen nach einer achtwöchigen Yoga Intervention höhere Werte der Selbstpflege, Achtsamkeit, geringere emotionale Erschöpfung (EE) und Depersonalisation (DP) auf.

Da sich Verbesserungen in den Punkten (EE) und (DP) zeigten sank das Risiko für ein Burnout. Die Resultate (EE) und (DP) wurden mit Hilfe des MBI Fragebogen erhoben, welches wie schon erwähnt als ein reliables und valides Messinstrument gilt (Maslach, Jackson & Leiter, 1996), (vgl. Kapitel 4.2).

Der Umgang mit Stress kann durch Yoga erleichtert werden, weil es die Selbstpflegefertigkeiten bei den Teilnehmenden verbessert. Einer dieser Fertigkeiten beinhaltet das Erlernen einer verbesserten Selbstwahrnehmung, die sie zu vermehrter Achtsamkeit der einfachen und unbewussten täglichen Aktivitäten befähigt.

Im Hinblick auf das Stressmodell von Lazarus lässt sich sagen, wer Yoga oder Achtsamkeit praktiziert, hat einen Vorteil, weil die Selbstpflege gesteigert wird. Tritt eine stressige Situation auf, wird sie in einer ersten Einschätzung als solche erkannt. In einer zweiten Einschätzung erfolgt die Beurteilung, ob die Situation mit den vorhandenen Bewältigungsstrategien zu meistern ist. Im letzten Schritt wird die Situation nochmals neu bewertet.

Wenn genügend Strategien vorhanden sind, wird der Stress als Herausforderung

gesehen. (Lazarus & Folkmann, 1984). In Bezug auf Yoga, kann die erlernte Atemtechnik für einen kühlen Kopf in einer herausfordernden Situation sorgen.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass Yoga eng verbunden mit der Achtsamkeit ist. Diese hilft, bestimmte Dinge im Alltag bewusster wahrzunehmen und somit Entspannung zu generieren.

8.2.4 Resilienz

In diesem Abschnitt werden die theoretischen Hintergründe zur Bildung von Resilienz erläutert.

Craigie et al. (2016) zeigten mittels eines Kurses über Achtsamkeit und Resilienz einen signifikanten Rückgang beim Stress, jedoch keine Verbesserung im Punkt Resilienz. Durch einen Kursbesuch über Achtsamkeit und Resilienz oder dem Praktizieren von Yoga erweitern die Teilnehmenden das Spektrum ihrer Bewältigungsstrategien. In einer stressigen Situation können diese Personen nun auf eine Auswahl von Möglichkeiten zurückgreifen.

Ergänzend zu den Selbstpflegestrategien erläutert Pereira et al. (2012) schützende Faktoren und deren Wirkungsweise zur Förderung der Resilienz. Diese beinhalten auch die Fürsorgeethik. Indem die Pflegefachpersonen ihre Tätigkeit als sinnvoll betrachten und Dankbarkeit verspüren, sind sie resistenter gegenüber dem Stress. Dabei spielen die zwischenmenschlichen Kontakte eine entscheidende Rolle, denn das grosse Vertrauen, dass ihnen die Patienten oder Angehörigen in ihrem Job entgegenbringen helfen ihnen schwierigen Situationen zu bewältigen. Damit sind Pflegefachpersonen gestärkt von den vielen positiven Erlebnissen, sodass sie mit einem Rückschlag besser umgehen können.

Der theoretische Bezug zum Stressmodell von Lazarus lässt sich in den schützenden Faktoren sowie der Fürsorgeethik erkennen. Sind diese ausgeprägt lässt sich eine stressige Situation als angenehm positiv bewerten, weil diese Faktoren die negativen Risikofaktoren überdecken. Somit ist die Grundeinstellung verbessert. Die stressige Situation wird anhand der positiven Grundeinstellung und den vorhandenen Bewältigungsstrategien nicht als Bedrohung, sondern als Herausforderung empfunden. Die Person ist zuversichtlich diese anstrengende Situation zu meistern und bewertet den Stress deshalb als Herausforderung (Lazarus & Folkmann, 1984).

Yoga kann als übergreifende Intervention verstanden werden. Sie beinhaltet Achtsamkeit, die einem unterstützt Dinge bewusster zu sehen, was zu einer positiven Grundeinstellung führt. Durch die innere und äussere Zufriedenheit ist man belastbarer und die Resilienz wird gestärkt., Dadurch steigt die Belastbarkeit an und somit sind Pflegefachpersonen resistenter gegenüber ihren Arbeitsbelastungen. Yoga kann aber auch als eine körperliche Strategie zur Selbstpflege angesehen werden. Kravits et al. (2010) erwähnen unter anderem solche Selbstpflegestrategien, die zu einer erhöhten Resilienz führen (vgl. Kapitel 7.2.2.).

Pereira et al. (2012) benennen die schützenden Faktoren, die die Fürsorgeethik beinhaltet als zentral, um die Resilienz zu stärken.

8.3 Diskussion der Literaturgüte

Die acht eingeschlossenen Studien, werden kritisch gewürdigt in Bezug auf die Forschungsfrage oder den Forschungszweck, die Stichprobengrösse, Gender, Messinstrumente, Ethik, Einverständniserklärung, Peer-review und Einschätzung der Evidenz.

8.3.1 Forschungsfrage / Forschungszweck

In diesem Abschnitt wird ersichtlich, inwiefern eine explizite Forschungsfrage oder ein Forschungszweck gewählt wurde.

Einige Autoren formulierten keine Forschungsfrage, aber ein Forschungsziel, das erreicht wurde (Alexander et al., 2015; Günüşen & Ustün, 2010; Mahon et al., 2017; Manomenidis et al., 2016; Pereira et al., 2012).Signifikante Verbesserungen in der experimentellen Gruppe zeigten sich im Vergleich zur Kontrollgruppe, weshalb die Studie mit der Intervention ein Erfolg war.

Craigie et al. (2016) beschrieben den Forschungszweck. Die Gliederung der Ergebnisse erfolgte in zehn Unterkategorien. Diese Resultate gaben einen Einblick wie effizient diese neuen Interventionen wirkten. Die Autorinnen vermissten aber die Beurteilung der Achtsamkeit. Dieser Punkt wäre relevant gewesen, da die Intervention untersuchte wie effektiv eine achtsamkeitsbasierte Intervention ist, um das allgemeine Wohlbefinden zu stärken.

Kravits et al. (2010) und Villani et al. (2013) beschrieben Forschungsziel und -zweck.

Diese wurden passend zum theoretischen Hintergrund gewählt. Es bestehen keine Unstimmigkeiten in den Ergebnissen sowie der Diskussion, deshalb ist beides erfüllt. In

keiner der acht Studien ist eine explizite Forschungsfrage erwähnt, jedoch ist der Forschungszweck oder das Forschungsziel jeweils detailliert definiert.

8.3.2 Stichprobengrösse

Die Teilnehmenden werden in den meisten Studien ausführlich anhand der demographischen Daten beschrieben. Ausnahmen bilden zwei Studien, in denen keine demographischen Daten erfasst wurden (Manomenidis et al., 2016; Villani et al., 2013). Die Stichprobengrößen variieren in den einzelnen Studien. Manomenidis et al. (2016) weisen mit Abstand die kleinste Stichprobengröße ($n=11$) auf. Da das Design der Studie qualitativ ist, wird diese geringe Anzahl als ausreichend betrachtet.

Pereira et al. (2012) hat in seiner Mixed- Method Studie eine Stichprobengröße von ($n=73$), was als eine angemessene Größe bezeichnet wird.

Die Studien mit quantitativem Design weisen mit Ausnahmen eine genügend aussagekräftige Stichprobengröße auf (Craigie et al., 2016; Villani et al., 2013). Die Resultate der genannten Studien könnten aufgrund der zu geringen Stichprobengröße von 20 beziehungsweise 30 Teilnehmenden verfälscht sein. Craigie et al. (2016) erkannten die Limitation ihrer Arbeit und verweisen auf weiterführende Studien mit der Notwendigkeit einer grösseren Teilnehmeranzahl und Kontrollgruppe. Villani et al. (2013) betonten in der Diskussion und Schlussfolgerung, dass die Resultate aufgrund kleiner Stichproben mit Vorsicht zu betrachten sind. Da Villani et al. (2013) den Fokus auf die kurzzeitigen Auswirkungen von vier Wochen gelegt haben, wäre es laut den Autorinnen interessant, eine Studie über einen längeren Zeitraum mit einer grösseren Stichprobe zu machen, um evidente Resultate zu generieren, damit dieses Training in der Praxis empfohlen werden kann.

Alexander et al. (2015) kritisiert die Stichprobengröße ($n=40$), obwohl nach vorgängigen Rechnungen mit dieser Anzahl die Datensättigung erreicht wurde. Günüşen und Ustün (2010) berechneten ebenfalls, wie viele Teilnehmende für aussagekräftige Resultate benötigt werden. Die Berechnungen ergaben ein Minimum von 27 Personen pro Zweig. Dies wurde zu Beginn der Studie mit je 36 Personen pro Gruppe erreicht. Unglücklicherweise beendeten nur 28 von 72 Teilnehmenden die Studie. Der Grund für die hohen Verluste wurde anhand einer qualitativen Studie erhoben. Ein Grund war die fehlende Unterstützung von der Station. Aufgrund der Schichtarbeit konnten Pflegefachpersonen die Kurse nicht besuchen, obwohl im Management die Studienteilnahme bewilligt worden war.

Kravits et al. (2010) berichteten über einen Verlust von 25%, denn nur 75% der Personen

nahmen an der gesamten Studie teil. Bei Mahon et al. (2017) beendeten nur 71% der Teilnehmenden die Studie. In den anderen fünf Studien zeigte sich kein Rückgang in der Stichprobenanzahl während des Studienverlaufs.

Dieses Problem von Teilnehmerverlusten in Studien über Stress am Arbeitsplatz erkannten (Marine, Ruotsalainen, Serra & Verbeek, 2006, zitiert nach Günüşen & Ustün, 2010).

8.3.3 Gender

In allen Studien wurden mehrheitlich Frauen eingeschlossen. Dies ergibt Sinn, da der Pflegeberuf hauptsächlich eine Frauendomäne ist. Für die Übertragung der Ergebnisse auf die Gesamtheit des Pflegepersonals ist es dennoch schwierig, dass nur Frauen und ein Mann an der Studie teilnahmen, wie dies in zwei der Studien vorkam (Alexander et al., 2015; Mahon et al., 2017). Günüşen und Ustün (2010) hatten ausschliesslich Frauen in der Stichprobe. In den Studien von Manomenidis et al. (2016); Kravits et al. (2010) und Pereira et al. (2012) wurden vermehrt Männer eingeschlossen. Diese Autoren machten keine Aussagen bezüglich Genderdynamik (Villani et al., 2013; Craigie et al., 2016).

8.3.4 Messinstrumente

In diesem Abschnitt werden die fünf quantitativen Studien mit ihren Messinstrumenten untereinander verglichen und erläutert, ob diese reliabel und valide sind. In den qualitativen Studien wurden kein Messinstrument für die Resultate gebraucht, sowie in den zwei Mix-Method Studien und der Studie von Günüşen und Ustün (2010) wurde nur den MBI Fragebogen verwendet. Dieser Fragebogen wird auch in den quantitativen Studien als reliables und valides Instrument verwendet und geschätzt (vgl. Kapitel 4.2).

Die Autorinnen sind ebenfalls der Meinung, dass dieses Messinstrument einfach zu handhaben und verständlich ist, da es nur 22 Fragen beinhaltet.

Alexander et al. (2015) verwendete zum MBI noch zwei zusätzliche Fragebogen, einen zur Achtsamkeit und einen indem die Faktoren zur Gesundheitsförderung erfasst wurden.

Je nach Schwerpunkt der Studie, wurden andere zusätzliche Instrumente hinzugezogen.

Mahon et al. (2017) wählten zwei Selbsteinschätzungsfragebogen, den Perceived Stress Scale und den Compassion Scale. Die Forscher erkannten den alleinigen Gebrauch von diesen zwei Instrumenten als mangelhaft, da nicht davon ausgegangen werden kann, dass Pflegefachpersonen das Fehlen von «Mitgefühl» zugeben. Ein Fragebogen mit qualitativen Elementen und offenen Fragen wäre zielführender gewesen.

Villani et al. (2013) verwendeten vier Fragebögen, ebenfalls ausschliesslich Selbsteinschätzungsfragebogen, wie

- «Mesure du Stress Psychologique»
- «State Trait Anxiety Inventory» STAI
- Brief Coping Orientation to Problems Experienced-(COPE)- Fragebogen
- Job Zufriedenheits- Fragebogen (JCQ) mit 35 Punkten.

Craigie et al. (2016) verwendete insgesamt fünf Selbsteinschätzungsbogen, die nicht alle einzeln aufgezählt werden. Alle Messinstrumente wurden beschrieben (vgl. 11.4, Zusammenfassung nach AICA).

Die Forscher empfahlen für weiterführende Studien auch physiologische Parameter wie beispielsweise Blutdruck zu erfassen, um ein umfassenderes Bild von der Situation zu generieren.

Insgesamt ist die Auswahl der Messinstrumente stimmig zum jeweiligen Forschungsziel und Zweck. In allen Studien wurden sie ausführlich beschrieben und gelten als reliabel und valide, was die Aussagekraft und Qualität der Resultate erhöht.

8.3.5 Ethik, Einverständniserklärung und Peer-Review

Folgendes Unterkapitel dient zum Vergleich der Studien bezüglich Ethik und Einverständniserklärung sowie ob eine Studie peer-reviewed wurde. Ein Peer-review gilt als Qualitätssicherung, da ein externer Gutachter aus demselben Fachgebiet die Arbeit liest und überprüft. Dieses Verfahren ist für viele Fachzeitschriften wichtig, damit eine Studie publiziert wird.

Die Einverständniserklärung vor Studienbeginn variiert je nach Studie sehr stark. In drei Studien wurden nicht erwähnt, ob eine Einverständniserklärung unterschrieben wurde (Kravits et al., 2010; Mahon et al., 2017; Pereira et al., 2012). Bei Kravits et al. (2010) wurde die Teilnehmenden aufgeklärt, dass ihre Teilnahme freiwillig ist und die Ergebnisse vertraulich behandelt werden. In welcher Form ihre Zustimmung war, wird aber nicht erwähnt. Die Autorinnen vermuten daher eine mündliche Zustimmung. Mahon et al. (2017) gewährleistet die Anonymität der Teilnehmenden mittels Codierungsverfahren. Pereira et al. (2012) beschrieben, dass die Einverständniserklärungen von den Gesundheitsinstitutionen, jedem Teamleiter und Koordinator eingeholt wurden. Aber die Teilnehmenden lassen

sie in der Beschreibung aus. Die Autorinnen vermuten deshalb eine mündliche Zustimmung.

Manomenidis et al. (2016) liessen zu Beginn der Studie eine Einverständniserklärung unterschreiben und informierten die Teilnehmenden zudem über ihr Recht, die Studie jederzeit verlassen zu können.

Günüßen und Ustün (2010) forderten für die Zustimmung der Studie eine Unterschrift des Fragebogens zusammen mit dem Namen der teilnehmenden Personen. Dadurch sehen die Autorinnen die Anonymität der Teilnehmenden als sehr stark eingeschränkt.

Craigie et al. (2016) holten die ethische Einverständniserklärung von der Universität und der Spitalkommission. Eine Zustimmung der Ethikkommission und der Spitalkommission forderten zwei Studien (Günüßen & Ustün, 2010; Pereira et al., 2012). Mahon et al. (2017) und Manomenidis et al. (2016) forderten die Zustimmung in allen drei beziehungsweise einem involvierten Spital. Einige Studien hatten keine Zustimmung einer Ethikkommission (Alexander et al., 2015; Kravits et al., 2010; Villani et al., 2013).

Eine Ausnahme bilden die zwei peer-reviewed Studien (Alexander et al., 2015; Kravits et al., 2010).

8.3.6 Einschätzung der Evidenz

Die Beurteilung der Evidenz erfolgt anhand des aktuellen Wissenstandes der Autorinnen, indem sie folgende Instrumente für die Bias Vermeidung (Behrens & Langer, 2010). Die 6S Pyramide dient dazu den Evidenzlevel der einzelnen Studien einzuschätzen (Di Censo et al., 2009).

Nach der 6S Pyramide lassen sich die acht Studien alle in der untersten Stufe einordnen. Es sind jeweils Einzelstudien, mit einer geringen Evidenz, aber sie dienen der konkreten Beantwortung von einzelnen Forschungsfragen und eignen sich aufgrund geringer Komplexität gut für den Theorie-Praxis Transfer.

Die Bias-Vermeidung wird auf einer Skala von 1 (sehr gering) bis 6 (sehr hoch) beurteilt. Je höher der Wert, desto glaubwürdiger wirkt die Studie.

- Stufe 2: Mahon et al. (2017)
- Stufe 3: Craigie et al. (2016) und Pereira et al. (2012) und Villani et al. (2013)

- Stufe 4: Alexander et al. (2015) und Günüşen&Ustün (2010) und Kravits et al. (2010)
- Stufe 5: Manomenidis et al. (2016)

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass der grösste Teil der Studien eine mittlere bis hohe Glaubwürdigkeit aufweisen, was für eine sorgfältige Durchführung spricht.

8.3.7 Schwachstellen und Limitationen der Arbeit

Die Literatursuche war sehr intensiv und umfassend, weil der Fokus auf Pflegefachpersonen auf einer Bettenstation lag und diverse Studien über Stress und Burnout auch anderes Gesundheitspersonal wie Hebammen, Operationsfachleute, Intensivstationen oder Personal auf dem Notfall miteinschlossen. Für eine bessere Vergleichbarkeit der Ergebnisse wurden Studien eliminiert, die nicht mindestens 60% Pflegepersonen in der Stichprobe hatten.

Eine Schwachstelle lag bei den ausgewählten Studien darin, dass der grösste Teil der Studienteilnehmenden jeweils weiblich war. Dieser Punkt wurde bereits im Kapitel 8.3.3 kritisch diskutiert.

Zu beachten gilt, dass der Einschluss der Studie aus dem Palliativ Setting kritisch betrachtet werden soll im Hinblick auf die Vergleichbarkeit mit den anderen Gesundheitsbereichen. Die Burnout- Level können im Palliativ Setting gleich sein oder weniger (Asai, Morita & Akechi, 2007; Garcia, Cortés, Sanz- Rubiales & Del Valle, 2009, zitiert nach Pereira et al. 2012).

Eine Studie stammte aus der Türkei, obwohl bekannt ist, dass psychische Krankheiten in diesem Land nicht als solche anerkannt werden (Schuster, 2013). Diese Studie wurde dennoch mit einbezogen, da der Studienaufbau und das Forschungsziel zu unserer Fragestellung passten. Die Stichprobengrösse war, im Vergleich zu den anderen Studien verhältnismässig hoch angesetzt, was die Aussagekraft der Studie bekräftigt. Insbesondere die Schlussfolgerung der Autoren dieser Studie zeigten, dass der Burnout-Level nach der Intervention gesunken ist, jedoch nach sechs Monaten wieder angestiegen ist. Diese Fakten waren für die Autorinnen interessant, um ihre Fragestellung zu beantworten. Die Herausforderung lag darin die Schwachstellen der Studie in der kritischen Würdigung zu beachten.

9 Praxistransfer

In diesem Teil erläutern die Autorinnen, wie sich das neu erworbene Wissen in die Pflegepraxis umsetzen lässt. Die Struktur der Ergebniskategorien wurde zur einheitlichen Darstellung beibehalten. Es sei nochmals in Erinnerung gerufen, dass die Studien aus verschiedenen westlichen Ländern stammen. Die Übertragbarkeit auf das schweizerische Gesundheitswesen ist möglich, sollte jedoch aufgrund kultureller Unterschiede sowie eventueller Abweichungen in den verschiedenen Arbeitsfeldern, jeweils kritisch hinterfragt werden.

9.1 Edukation

Wie in Kapitel 7.2.1 erwähnt, können folgende Arten der Edukation unterschieden werden:

- Schulung mittels Bewältigungs- und Unterstützungsgruppen (Günösen & Ustün, 2010)
- Psycho- edukatives Programm (Kravits et al., 2010)
- Schulung mittels Kurses zur Achtsamkeit und Resilienz (Craigie et al., 2016)
- Stressimpfungstraining von Meichenbaum (Villani et al., 2013)

Im Folgenden werden die Vor- und Nachteile der vier Schulungsprogramme tabellarisch aufgezeigt, sowie deren Möglichkeiten zur praktischen Umsetzung diskutiert.

Schulung mittels Bewältigungs- und Unterstützungsgruppen (Günösen & Ustün, 2010)

In Tabelle 4 werden die Vor- und Nachteile der Schulung in Bewältigungstrainings-, und Unterstützungs-Gruppen gezeigt.

Tabelle 4

Eigene Darstellung bezüglich Beurteilung der Schulung mittels Bewältigungs- und Unterstützungsgruppen

Vorteile	Nachteile
Schulung von Theorie: Die Gruppen erlernten verschiedene Bewältigungsstrategien, die sie später in die Praxis transferieren konnten.	Effekt nicht langfristig, da der Wert für (EE) innerhalb von sechs Monaten wieder angestiegen ist.
Schulung von praktischen Inhalten: Austausch in Gruppen, konkretes Anwenden von den in der Theorie neu erlernten Strategien und Möglichkeiten ein Feedback durch Peers zu erhalten.	Lange Kursdauer: sieben Lektionen mit je 1.5-2 Stunden innerhalb sieben Wochen

Praktische Umsetzung

Die Durchführung in Gruppen lässt sich in jedem Spital implementieren und ist eine beliebte Edukationsweise, weil der Austausch untereinander geschätzt wird. Jedoch ist die Kursdauer mit sieben Wochen eher lang gewählt. Sinnvoll wäre eine gekürzte Form mit regelmässigen Wiederholungen, damit die Wirkung für die Burnout- Prävention langfristig ist.

Psycho-edukatives Programm (Kravits et al., 2010)

In Tabelle 5 werden die Vor- und Nachteile und der Bewältigungsstrategien für ein verbessertes Stress- Selbstmanagement gezeigt.

Tabelle 5

Eigene Darstellung bezüglich Beurteilung des psycho-edukativen Programms

Vorteile	Nachteile
Kursdauer von sechs Stunden, zweimal im Monat ermöglicht zahlreiches Teilnehmen	Der Wert von (PA) zeigte keine signifikante Verbesserung. Die Teilnehmenden schätzten ihre Energie für Aktivitäten als gering ein.
Schulung von theoretischen und praktischen Inhalten, sodass die Wissensvermittlung direkt in die Praxis umgesetzt werden kann	
Schulung fand innerhalb von zwei Gruppen mit einem Trainer statt	Die Studie schloss auch anderes Gesundheitspersonal mit ein, deshalb ist die Vergleichbarkeit reduziert
Schulung führte zu einem Rückgang von (EE) und (DP), denn je höher diese Werte sind, desto höher ist das Risiko ein Burnout zu entwickeln	

Praktische Umsetzung

Die Kursdauer ist relativ kurz. Dadurch wird gewährleistet, dass möglichst viele Pflegefachpersonen teilnehmen können und die Motivation so gesteigert wird. Die Resultate können nicht eins zu eins auf Pflegefachpersonen bezogen werden, da auch anderes Gesundheitspersonal dabei war und diese sicherlich nicht den gleichen Stressfaktoren ausgesetzt waren. Die Übertragbarkeit wird deshalb nicht vollständig garantiert, da die Voraussetzungen und Bedürfnisse der Professionen nicht einheitlich waren.

Schulung mittels eines Kurses über Achtsamkeit und Resilienz (Craigie et al., 2016)

In Tabelle 6 werden die Vor- und Nachteile der Schulung im Bereich Resilienz und Achtsamkeit gezeigt.

Tabelle 6

Eigene Darstellung bezüglich Beurteilung des Kurses über Achtsamkeit und Resilienz

Vorteile	Nachteile
Schulung von theoretischen Inhalten zum Thema Achtsamkeit, vermittelt Grundlagewissen zum Verständnis der Themarelevanz	Kleine Stichprobe von 20 Teilnehmenden, deshalb sind die Resultate kritisch zu begutachten.
Durchführung von praktischen Übungen zu Achtsamkeit zum Erleben der Vorteile	
Kursdauer: Insgesamt 12 Stunden, eingeschlossen Kurs zur Achtsamkeit (1.75 Stunden) sowie zur Resilienz (dreimal 1.75 Stunden) über einen Monat verteilt. Dies spricht für eine kompakte Kurseinteilung.	
Die Schulung bewirkte Verbesserungen im Bereich der tiefen und mittleren Stress-Level, weshalb sich die Teilnehmenden nach dem Kurs weniger gestresst fühlten.	

Praktische Umsetzung

Die kurze Dauer des Kurses und die erfolgreichen Ergebnisse sprechen für eine Implementierung in die Praxis. Dadurch, dass zuerst theoretische Inputs erfolgen und danach die praktische Umsetzung, kann das Erlernete sogleich gefestigt werden.

Stressimpfungstraining von Meichenbaum (Villani et al., 2013)

In Tabelle 7 werden die Vor- und Nachteile der Schulung von Bewältigungsstrategien beschrieben.

Tabelle 7

Eigene Darstellung bezüglich Beurteilung des Stressimpfungstrainings

Vorteile	Nachteile
Zeitgemässes Schulungsmittel durch Mobiltelefone kann zur Teilnahme motivieren	Kosten unklar, da unbekannt wie teuer Anschaffung der benötigten Utensilien
Schulung konnte ortsunabhängig und alleine durchgeführt werden, so musste kein Raum zur Verfügung gestellt werden	Keine Untersuchung in Langzeitstudien vorhanden, somit existieren noch keine langfristigen Ergebnisse
Praktische Schulung von progressiver Muskelrelaxationen und autogenem Training, diese Entspannungstechniken können im Alltag angewendet werden	
Die Kursdauer ist kurz mit vier Wochen und beinhaltet acht Videos von je 15 Minuten.	

Praktische Umsetzung

Die Mobiltelefone sprechen vor allem jüngere Kursteilnehmer an, da sie dieses in der Freizeit intensiv nutzen. Die kurze Kursdauer von vier Wochen ist ebenfalls empfehlenswert. Für den Arbeitgeber entstehen wenig Kosten, da er den Mitarbeitern wenig Zeit zur Verfügung stellen muss. Jedoch sind die Kosten für die Anschaffung der Kursunterlagen (Videos und Abspielgeräte) unklar. Weiter ist es unklar, ob die Schulung langfristige Wirkungen zeigt.

Fazit zur Umsetzung von Schulungen in die Praxis

Die Autorinnen empfehlen eine Kursdurchführung für die Erreichung einer verbesserten Befindlichkeit der Mitarbeitenden. Ausserdem befürworten sie eine kurze Kursdauer mit Wiederholung der Kursinhalte von Theorie und Praxis in regelmässigen Abständen, um das Wissen langfristig zu festigen. Die Schulungsform kann in Gruppen sowie im Einzelunterricht erfolgen, da beides Erfolg zeigte.

9.2 Strategien zum Stress- Selbstmanagement zur Burnout- Prävention

In diesem Kapitel werden verschiedene Strategien in Kategorien beschrieben, welche im Praxistransfer dem Stress- Selbstmanagement dienen. Die Strategien stammen von wurden aus Ergebnissen der entsprechenden Studien abgeleitet (vgl. Kapitel 7.2.2.).

Soziale Interaktion (Kravits et al., 2010; Manomenidis et al., 2016; Pereira et al.2012)

Die Autorinnen möchten die Arbeitgeber auf die beschriebenen Strategien zur Stressbewältigung aufmerksam machen, welche die Wichtigkeit von regelmässigen Teamaktivitäten wie beispielsweise gemeinsam zu Essen, sowie ein jährliches Teamtreffen zur Stärkung der Teamdynamik betonen (Pereira et al. (2012). So können diese ebenfalls weiter in die Praxis impliziert werden.

Manomenidis et al. (2016) erkennen, dass die soziale Interaktion bereichernd ist, im Sinne eines Austauschs untereinander von Pflegefachpersonen. Für die Implikation in die Praxis empfiehlt es sich mit diesem Wissen, eine schwierige Situation in Sinne einer Fallbesprechung nachzubearbeiten. Damit wird eine offene Kommunikation gewährleistet, die dazu dient das Wohlbefinden der Mitarbeitenden zu stärken.

Kravits et al. (2010) verstehen unter der sozialen Interaktion ein Treffen mit Freunden und Familien. Diese Aktivitäten in der Freizeit nicht zu vernachlässigen empfinden die Autorinnen als wichtig. Deshalb empfiehlt es sich für die Praxis, sich Zeit zu nehmen, um soziale Kontakte zu pflegen.

Spiritualität (Kravits et al., 2010 ; Manomenidis et al., 2016 ; Pereira et al., 2012)

Die Autoren dieser Studien bestätigen, dass das Praktizieren von spirituellen Aktivitäten der Burnout-Prävention dient.

Die Autorinnen empfehlen hier das Einbauen von Selbstpflegestrategien in den Alltag. Dies kann regelmässige Meditationsübungen oder das Beten beinhalten, je nach persönlicher Präferenz. Am besten gelingt dies morgens nach dem Aufstehen oder abends vor dem zu Bett gehen, um so die nötige Ruhe zu erlangen und sich dadurch zu entspannen.

Persönliche Strategien zur Energiegewinnung und Entspannung (Kravits et al., 2010; Manomenidis et al., 2016)

Manomenidis et al. (2016) beschreiben diverse Strategien wie beispielsweise Verwöhnen/Persönliche Pflege, Nikotin/Kaffee oder Musik hören. Diese Strategien zeigen jeweils immer zwei Wirkungsmechanismen auf. Sie helfen zur Energiegewinnung, aber auch zur Entspannung.

Die von Kravits et al. (2010) beschriebenen körperlichen Aktivitäten lassen sich im Alltag leicht umsetzen. Beispielsweise kann das Fahrradfahren mit dem Weg zur Arbeit verbunden werden oder die Treppe kann genommen werden auf dem Weg zur Abteilung an Stelle des Liftes. Eine Runde Joggen (20 Minuten reichen aus) nach der Arbeit helfen nach eigener Erfahrung, um herunterzuschalten, den Kopf frei zu bekommen und Distanz zu gewinnen von beispielsweise schwierigen emotionalen Situationen mit Patienten. Kravits et al. (2010) verstehen unter emotionaler Aktivitäten Hobbys oder ein Gespräch mit Freunden. Das Ausüben eines Hobbys wie beispielsweise der Besuch eines Musikvereins empfehlen auch die Autorinnen: Das Nachgehen von persönlichen Interessen bringt Freude und zudem können dadurch soziale Kontakte gepflegt werden. Weiter wurden unter den kognitiven-/ mentalen Aktivitäten das Lesen oder das Lernen von sowie positive Absichten zu formulieren empfohlen (Kravits et al., 2010).

Generell gilt es für den Praxistransfer Folgendes hervorzuheben: Jede Person soll sich eine oder mehrere Selbstpflegestrategien nach eigenem Interesse aussuchen und diese beliebig, jedoch regelmässig in seinen/ ihren Alltag einbauen. Wichtig ist, dass die Strategie Freude bringt, diese regelmässig praktiziert wird und dadurch ein positiver Effekt erzielt wird.

Da die Arbeit als Pflegefachperson meistens unregelmässige Arbeitszeiten bedeutet, ist an dieser Stelle auch der Arbeitsgeber gefordert nach Möglichkeit den Dienstplan so zu gestalten, dass der Arbeitnehmer die Möglichkeit hat, Hobbies oder andere Freizeitaktivitäten auszuführen. Denn wie bereits erwähnt, fördert eine solche Tätigkeit das Wohlbefinden der Mitarbeitenden, was wiederum dazu beiträgt, dass die Arbeitsqualität verbessert wird.

9.3 Interventionen zum Stress- Selbstmanagement zur Burnout- Prävention

Aufgrund der vielversprechenden Resultate der Achtsamkeits- Intervention (zum Beispiel Steigerung der Mitgefühlsmöglichkeit) und der Yoga- Intervention, (zum Beispiel höhere Werte in der Selbstpflege), erachten die Autorinnen es als sinnvoll, dass Pflegefachpersonen bei Bedarf eine Yoga- oder Achtsamkeitsschulung besuchen. Ein Angebot dieser Kurse durch die einzelnen Institutionen sehen die Autorinnen in Anbetracht der erwiesenen Wirkung als eine gewinnbringende Investition. Davon profitieren sowohl die Mitarbeitenden, welche ausgeglichener und dadurch stressresistenter sind, als auch die Institutionen welche zufriedener Mitarbeitende haben, die durch mehr Gelassenheit eine bessere Pflegequalität gewährleisten können durch mehr Gelassenheit und zudem weniger Krankheitsausfälle aufweisen.

Ist dies aus Kosten- oder organisatorischen Gründen nicht möglich, können die Mitarbeitenden durch im Geschäft verteilte Flyer auf externe Kursangebote aufmerksam gemacht werden, um diese freiwillig zu besuchen.

9.4 Resilienz

Mit der Bildung der Resilienz befassten sich mehrere Autorinnen und Autoren der ausgewählten Studien. Sie betonen, dass eine regelmässige Selbstpflegepraxis, wobei Yoga eine wichtige Rolle spielt, die Resilienz fördert (Alexander et al., 2015; Kravits et al., 2010). Pereira et al. (2012) erkennen verschiedene schützende Faktoren sowie auch die Ausübung der Fürsorgeethik die Resilienz.

Im folgenden Abschnitt wird nun die Umsetzung der Resilienz in die Praxis näher beschrieben.

Ein Beispiel für die Praktizierung von Selbstpflege ist das Ausüben von Yoga, auf welche die Autorinnen bereits im Kapitel 7.2.3 eingegangen sind. Deshalb empfehlen die Autorinnen die Praktizierung von Yoga im Alltag, sei es durch den Besuch eines Kurses oder durch die selbständige Praktizierung zu Hause.

Pereira et al. (2012) beschreiben weiter schützende Faktoren sowie die Fürsorgeethik und deren Wirkungsweise, zur Förderung der Resilienz. Es sind Faktoren, welche ein Individuum stärken und es widerstandsfähiger gegen Belastung machen.

Die Fürsorgeethik kann, wie bereits beschrieben, nicht nur bei Patientinnen und Patienten, sondern auch im Team ausgeübt werden. Die Autorinnen sehen im Pflegeteam dafür eine wichtige Ressource. Der Austausch mit dem Team in der Praxis hilft enorm: Schwierige Situationen können gemeinsam besprochen und analysiert werden, sodass diese besser verarbeitet werden können.

Deshalb sehen die Autorinnen das Angebot von Supervisionen und regelmässige Fallbesprechungen in der Praxis als unabdingbar an. Sie sind eine Hilfestellung für die täglichen Herausforderungen im Berufsalltag, denn dadurch werden sowohl die einzelne Pflegefachperson sowie auch das Team gestärkt.

Für Pereira et al. (2012) gehören zur Fürsorgeethik auch die Präsenz und damit die Fähigkeit, achtsam im Moment zu sein. Diese Fertigkeit ist sehr hilfreich im oft sehr stressigen Berufsalltag, indem sie die Pflegefachperson dabei unterstützt gelassener zu sein. Dabei reicht es bereits kurz innezuhalten, einige Male richtig durchzuatmen um sich danach wieder bewusst auf die Situation konzentrieren zu können. Dies sorgt für eine innere Ausgeglichenheit und kommt schlussendlich auch dem Patienten zu Gute, da diese/ r spürt, wenn man abschweift und schon lange wieder mit den Gedanken bei der nächsten Aufgabe ist. Zudem kann Unachtsamkeit auch zu Fehlern führen. Deshalb lieber einmal mehr innehalten, um danach wieder effizienter weiterarbeiten.

Für eine weitere Vertiefung dieser Fähigkeit kommt hier wieder die Bedeutung des Achtsamkeitstrainings zum Vorschein, eines Kursbesuches, den die Autorinnen an dieser Stelle für eine weitere Vertiefung dieser Fähigkeit und damit die Stärkung der Resilienz sehr empfehlen.

In der Tabelle 8 befindet sich eine Übersicht der Empfehlungen für die Praxis.

9.5 Implikationen für die Praxis

Tabelle 8

Eigene Darstellung Empfehlungen für die Praxis

Kategorie	Empfehlungen
Edukation	Der Besuch von Schulungen über Stress und Burnout-Prävention ist von grossem Nutzen, um Selbstpflege- und Bewältigungsstrategien bezüglich dieser Problematik zu erlernen, um sie praktisch umzusetzen.
Strategien zum Stress- Selbstmanagement zur Burnout- Prävention	<p>Bewältigungsstrategien sollen nach individueller Präferenz, Priorität und Belastungssymptomatik ausgewählt werden.</p> <p>Nachfolgend sind einige Auszüge als Beispiele hinterlegt.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Soziale Interaktion: Treffen von Freunden in der Freizeit, oder ein starker Zusammenhalt in der Familie gewähren einen positiven Rückhalt, um schwierige Situation zu meistern. • Spiritualität: Rituale oder Beten sind bedeutsam und schaffen einen Raum der Ruhe. Damit bleiben Pflegefachpersonen ausgeglichener und stressresistenter. • Persönliche Strategien: Je nach individueller Präferenz Musik hören oder Kaffee trinken dienen der Burnout-Prävention, da diese kleinen Dinge im Alltag unser Wohlbefinden stärken.
Interventionen zum Stress-Selbstmanagement zur Burnout- Prävention	Achtsamkeitsmeditation und Yoga sind erwiesene Interventionen zur Stress- und Burnout-Prävention, da damit bewusst Ruhe vermittelt wird.
Resilienz	<p>Resilienz stärken durch individuell gewählte Selbstpflegestrategien.</p> <p>Die Ausübung der Fürsorgeethik zeigt sich bei Patienten und deren Angehörigen in einem empathischen Beziehungsaufbau indem die Pflege präsent ist in der Betreuung und den Patienten und Angehörigen beisteht in guten wie schwierigen Situationen.</p> <p>Die Fürsorgeethik kann auch im Team praktiziert werden, indem bei einer Fallbesprechung ein Platz geschaffen wird für einen regen Austausch, was den Teamzusammenhalt stärkt.</p>

10 Schlussfolgerungen

Es ist unumstritten, dass etwas gegen Burnout getan werden muss. Besonders betroffen sind Pflegefachpersonen aufgrund der hohen Arbeitsbelastung, der unregelmässigen Arbeitszeiten und der sehr hohen Anforderung an deren Empathie.

Es gibt dabei mehrere Ansatzweisen, welche zum Erfolg führen. Jedoch ist es sehr wichtig diese auch regelmässig anzuwenden, um sie dadurch langfristig zu implementieren und so gegen den Alltagsstress resistent zu sein und bei schwierigen Situationen einen kühlen Kopf bewahren zu können.

Frühzeitige Prävention ist wichtig bei allen Interventionen und Strategien, da die aktuelle Statistik viele Arbeitsausfälle im Zusammenhang mit Burnout in der Pflege verzeichnet. Schlussendlich ist die Stressprävention ein Gewinn für alle: Sowohl für den Mitarbeitenden, welcher ausgeglichener, achtsamer und stressresistenter im Alltag ist, als auch für den Arbeitgeber, welcher weniger Krankheitsausfälle verzeichnet.

Durch die systematisierte Literaturrecherche wurde die folgende Fragestellung der Autorinnen zufriedenstellend beantwortet:

Welche Interventionen und Strategien verbessern das Stress-Selbstmanagement von Pflegefachpersonen zur Burnout-Prävention im Akutspital?

Die Autorinnen kamen zum Schluss, dass sich die Hilfestellungen zur Burnout Prävention in vier Kategorien unterteilen lassen.

- Edukation
- Strategien zum Stress- Selbstmanagement
- Interventionen zum Stress- Selbstmanagement
- Resilienz

Edukation, spielt eine wichtige Rolle bei der Burnout- Prävention zum Erlernen von Bewältigungsstrategien, die Unterrichtsform kann dabei unterschiedlich gestaltet sein, soll aber möglichst kurz und in regelmässigen Abständen gehalten werden, damit möglichst viele Mitarbeitende die Möglichkeit zur Teilnahme haben.

Bei den Strategien zu Stress- und Burnout- Prävention führen insbesondere die Anwendung von Entspannungstechniken oder geführten Meditationen zu einem verbesserten

Umgang mit Stress. Als hilfreiche und effektive Interventionen werden Yoga und ein Kurs bezüglich Achtsamkeit beschrieben.

Alle diese Strategien und Interventionen verhelfen den Pflegefachpersonen schlussendlich zu einer verbesserten Resilienz, die zu einer erhöhten Belastbarkeit führen.

Die Autorinnen möchten ihren Berufskolleginnen und Berufskollegen mit auf den Weg geben, eine oder mehrere der erwähnten Bewältigungsstrategien in ihren Alltag zu implementieren. Ein Vorteil dieser Strategien ist, dass sie wenig Zeit brauchen, kostengünstig und effektiv im Umgang mit Stress sind. Weiter empfehlen die Autorinnen, je nach Präferenz, einen Kurs zu Achtsamkeit oder Yoga zu besuchen.

Letztendlich wird klar ersichtlich, dass durch eine individuell auf die betroffenen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und deren Arbeitsumfeld angepasste professionelle Burnout-Prävention das Risiko von Burnout gesenkt werden kann.

Als Letztes stellen sich den Autorinnen folgende drei weiterführenden Fragen an die Forschung

- Wie gelingt eine langfristige Implementierung der vorgeschlagenen Interventionen und Strategien in die Praxis zur Burnout-Prävention?
- Wie können Pflegefachpersonen motiviert werden, solche Interventionen und Strategien in ihrem Alltag anzuwenden?
- Welche Rahmenbedingungen müssen vom Betrieb her geschaffen werden, um die Umsetzung in der Praxis zu fördern?

Literaturverzeichnis

- Alexander, G. K., Rollins, K., Walker, D., Wong, L. & Pennings, J. (2015). Yoga for Self-Care and Burnout Prevention Among Nurses. *Workplace Health & Safety*, 63(10), 462–470. doi:10.1177/2165079915596102
- Bartholdt, L. & Schütz, A. (2010). *Stress im Arbeitskontext: Ursachen, Bewältigung und Prävention*. Weinheim: Beltz.
- Behrens, J. & Langer, G. (2010). *Evidence-based Nursing and Caring: Methoden und Ethik der Pflegepraxis und Versorgungsforschung* (3. Aufl.). Bern: Huber.
- Bekel, G., Fenchel, V., Georg, J., Hülsken-Giesler, M., Lay, R., Maas, M., ...Specht, J. (2015). Was ist Wissenschaft? In H. Brandenburg & S. Dorschner (Hrsg.), *Pflegewissenschaft 1: Lehr- und Arbeitsbuch zur Einführung in das wissenschaftliche Denken in der Pflege*. Bern: Hogrefe
- Craigie, M., Slatyer, S., Hegney, D., Osseiran-Moisson, R., Gentry, E., Davis, S. ... Ress, C. (2016). A Pilot Evaluation of a Mindful Self-care and Resiliency (MSCR) Intervention for Nurses. *Mindfulness*, 7(3), 764–774. doi:10.1007/s12671-016-0516-x
- De Veer, A. J., Francke, A. L., Struijs, A., & Willems, D. L. (2013). Determinants of moral distress in daily nursing practice: A cross sectional correlational questionnaire survey. *International journal of nursing studies*, 50(1), 100-108. doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.08.017
- DiCenso, A., Bayley, L., & Haynes, R. B. (2009). Accessing pre-appraised evidence: fine-tuning the 5S model into a 6S model. *Evidence-Based Nursing*, 12(4), 99–101. doi: 10.1136/ebn.12.4.99-b
- Duden (2018) Definition Rituale Abgerufen am 01.03.2019 von <https://www.duden.de/rechtschreibung/Ritual>

- Fräntzel, E. (2019). Meditationsübungen. Abgerufen am 30.03.2019 von https://www.meditationsuebung.de/gefuehrte_meditation_info.html
- Gesundheitsförderung Schweiz. (2018) Faktenblatt 34 Job-Stress-Index Kennzahlen zum Stress bei Erwerbstätigen in der Schweiz, 1-6. Abgerufen am 15.10.2018 von http://gesundheitsfoerderung.ch/assets/public/documents/de/5-grundlagen/publikationen/bgm/faktenblaetter/Faktenblatt_034_GFCH_2018-10_-_Job-Stress-Index_2018.pdf
- Grafton, E & Coyne, E (2012). Practical Self-Care and Stress Management for Oncology Nurses. *Australian Journal of Cancer Nursing*, 13(2) 17-20 Abgerufen am 28.11.2018 von: https://www.researchgate.net/publication/233762813_Practical_Self-Care_and_Stress_Management_for_Oncology_Nurses
- Günüşen, N. P. & Ustün, B. (2010). An RCT of coping and support groups to reduce burn-out among nurses. *International Nursing Review*, 57(4), 485–492. doi:10.1111/j.1466-7657.2010.00808.x
- Hager, W., & Hasselhorn, M. (2000). *Psychologische Interventionsmassnahmen: Was sollen sie bewirken können?* In W. Hager, J.-L. Party & H. Brezing (Hrsg.), *Evaluation psychologischer Interventionsmassnahmen. Standards und Kriterien: Ein Handbuch* (S.41-85) Bern: Huber
- Kieschnick, H. (2012). Typische Arbeitsfelder in der Pflege. In S. Schewior-Popp, F. Sitzmann & L. Ullrich (Hrsg.), *Thiemes Pflege Das Lehrbuch für Pflegenden in Ausbildung* (12. Aufl.) (S.33). Stuttgart: Thieme
- Kleinmann, M. & König, C. (2018) *Selbst- und Zeitmanagement*. Göttingen: Hogrefe.
- Kravits, K., McAllister-Black, R., Grant, M. & Kirk, C. (2010). Self-care strategies for nurses: A psycho-educational intervention for stress reduction and the prevention of burnout. *Applied nursing research* 23(3), 130–138. doi:10.1016/j.apnr.2008.08.002

Lazarus, R.S. & Folkmann, S. (1984) *Stress, Appraisal and Coping*. New York. Springer

Leuenberger, B. (2012). Menschen in Pflege- und Betreuungsberufen sind stark Burnout gefährdet. *Curaviva* (5)12, 1-6.

Long (2005) *Evaluation Tool for 'Mixed Methods' Study Designs*. Abgerufen am 02.01.2019 von https://usir.salford.ac.uk/id/eprint/13070/1/Evaluative_Tool_for_Mixed_Method_Studies.pdf

Mahon, M. A., Mee, L., Brett, D. & Dowling, M. (2017). Nurses' perceived stress and compassion following a mindfulness meditation and self- compassion training. *Journal of Research in Nursing*, 22(8), 572–583. doi:10.1177/1744987117721596

Mainka-Riedel, M. (2013) *Stressmanagement-Stabil trotz Gegenwind: Wie Sie Ihren eigenen Weg zu gesunder Leistungsfähigkeit finden* Berlin: Springer.

Manomenidis, G., Panagopoulou, E. & Montgomery, A. (2016). The 'switch on–switch off model': Strategies used by nurses to mentally prepare and disengage from work. *International Journal of Nursing Practice*, 22(4), 356–363. doi:10.1111/ijn.12443

Maslach, C., Jackson, S.E., & Leiter, M. P. (1996). *Maslach Burnout Inventory*. (3. Aufl). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

Maslach, C. (2006). *Der Maslach Burnout Inventory - Test*. Abgerufen am 31.03.2019 von [https://staedteverband.ch/cmsfiles/test_de_maslach_\(burnout\)_-_d.pdf](https://staedteverband.ch/cmsfiles/test_de_maslach_(burnout)_-_d.pdf)

Meibert, P. (2016). *Achtsamkeitsbasierte Therapie und Stressreduktion MBCT/MBSR* (Wege der Psychotherapie). Basel: Reinhardt.

Meichenbaum, D. (2012). *Interventionen bei Stress. Anwendung und Wirkung des Stressimpfungstrainings*. (3.Aufl). Bern: Huber.

Mintzberg (o.J.) *Was ist Strategie?* Abgerufen am 06.03.2019 von <http://www.strategienet.de/wasist.html>

Pereira, S. M., Fonseca, A. M & Carvalho, A. S. (2012). Burnout in nurses working in Portuguese palliative care teams: a mixed methods study. *International Journal of Palliative Nursing*, 18(8), 373–381. doi:10.12968/ijpn.2012.18.8.373

Rolfe, M. (2019). Positive Psychologie und organisationale Resilienz. *Positive Psychologie kompakt*. (15–40). Berlin: Springer doi:10.1007/978-3-662-55758-7_2

Schaefer, R., Zoboli, E. L. C. P. & Vieira, M. (2018). Moral Distress in Nurses: A Description of the risks for professionals. *Texto Contexto Enferm* 27(4), 1-11. doi:10.1590/0104-07072018004020017

Schmidt, B. (2015). *Burnout in der Pflege Risikofaktoren-Hintergründe-Selbsteinschätzung*. Stuttgart: Kohlhammer.

Schuster, A. (2013). Türkei: Pflegebetreuung und psychiatrische Behandlungen. *Schweizerische Flüchtlingshilfe*, 1-15. Abgerufen am 03.03.2019 von <https://www.fluechtlingshilfe.ch/assets/herkunftslaender/europa/tuerkei/tuerkei-pflegebetreuung-und-psychiatrische-behandlungen.pdf>

Simon, M. (2013). Literaturrecherche. In H. Brandenburg, E. M. Panfil, & H. Mayer, (Hrsg.) *Pflegewissenschaft 2 Lehr-und Arbeitsbuch zur Einführung in die Methoden der Pflegeforschung* (2. Aufl.). (S.44-63). Bern:Huber.

Stier-Jarmer, M., Frisch, D., Oberhauser, C., Berberich, G. & Schuh, A. (2016). The Effectiveness of a Stress Reduction and Burnout Prevention Program. *Deutsches Ärzteblatt International*, 113(46), 781–788. doi:10.3238/arztebl.2016.0781

Spichiger, E., Kesselring, A., Spirig, R. & De Geest, S. (2006). Professionelle Pflege – Entwicklung und Inhalte einer Definition. *Pflege*, 19(1), 45–51. doi:10.1024/1012-5302.19.1.45

Taylor, S.G. & Renpenning, K. (2013) Die Theorie der Selbstpflege. In G. Bekel. (Hrsg.) *Selbstpflege Wissenschaft, Pflege Theorie und evidenzbasierte Praxis* (S.29-62). Bern: Huber

Universitätsklinikum Halle: *Beurteilungshilfen* (o.J.). Abgerufen am 15.10.2018 von <https://www.medizin.uni-halle.de/index.php?id=572>

Villani, D., Grassi, A., Cognetta, C., Toniolo, D., Cipresso, P. & Riva, G. (2013). Self-help stress management training through mobile phones: an experience with oncology nurses. *Psychological Services*, 10(3), 315–322. doi:10.1037/a0026459

World Health Organization (WHO) (2018). *International Classification of Diseases (ICD-11) for Mortality and Morbidity Statistics* Abgerufen am 12.12.2018 von <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/129180281>

Zander, B., Dobler, L., Bäuml, L. & Busse, R. (2014). Implizite Rationierung von Pflegeleistung in deutschen Akutkrankenhäusern Ergebnisse der internationalen Pflegestudie RN4Cast. *Gesundheitswesen* 76(1), 727-734 doi: 10.1055/s-0033-1364016

Abbildungsverzeichnis

<i>Abbildung 1. Flowchart der systematisierten Literaturrecherche</i>	15
---	----

<i>Abbildung 2. 6 S Pyramide</i>	18
----------------------------------	----

Tabellenverzeichnis

<i>Tabelle 1 Eigene Darstellung von Definition Keywords, Mesh und Subject Headings</i>	16
--	----

<i>Tabelle 2 Eigene Darstellung von einer Übersichtstabelle der Eingeschlossenen Studien</i>	19
--	----

<i>Tabelle 3 Eigene Darstellung Übersicht der Schulungsprogramme</i>	22
--	----

<i>Tabelle 4 Eigene Darstellung bezüglich Beurteilung der Schulung Mittels Bewältigungs- und Unterstützungsgruppen</i>	45
--	----

<i>Tabelle 5 Eigene Darstellung bezüglich Beurteilung des psycho-edukative Programms</i>	45
--	----

<i>Tabelle 6 Eigene Darstellung bezüglich Beurteilung des Kurses über Achtsamkeit und Resilienz</i>	46
---	----

<i>Tabelle 7 Eigene Darstellung bezüglich Beurteilung des Stressimpfungtrainings</i>	47
--	----

<i>Tabelle 8 Eigene Darstellung Empfehlungen für die Praxis</i>	52
---	----

Anzahl Wörter

Abstract: 194

Arbeit: 11783

Danksagung

An dieser Stelle möchten sich die Autorinnen bei allen bedanken, die sie unterstützt haben.

Ein herzliches Dankeschön geht an unsere zwei Betreuungspersonen Frau Häusermann und Frau Streese, die uns tatkräftig zur Seite gestanden sind und uns bei Fragen kompetent weitergeholfen haben.

Weiter bedanken sie sich bei ihrem privaten Umfeld für die hilfreichen Korrekturen und die Motivation.

Eigenständigkeitserklärung

„Wir erklären hiermit, dass wir die vorliegende Arbeit selbstständig, ohne Mithilfe Dritter und unter Benutzung der angegebenen Quellen verfasst haben.“

Winterthur, den 09.04.2019

Franziska Klenke und Salome Vögtli

The image shows two handwritten signatures in blue ink. The signature on the left is 'F. Klenke' and the signature on the right is 'S. Vögtli'. They are positioned side-by-side.

11 Anhang

11.1 Glossar

Achtsamkeit

Vom englischen «mindfulness» ist Achtsamkeit eine besondere Form der Aufmerksamkeit, die bewusst im Moment geschieht ohne zu werten, die hilft unseren Körper vollumfänglich mit seinen Gefühlen, Körperempfindungen und Gedanken wahrzunehmen (Meibert, 2016)

«compassion satisfaction»

Zufriedenheit in Bezug auf das Mitgefühl (Craigie et al. 2016)

Fürsorgeethik

Beschreibt die Beziehung der Pflegefachperson mit den Patienten und Patientinnen, sowie mit deren Angehörigen. Zudem umfasst es den Austausch innerhalb des Teams (Pereira et al. 2012).

Geführte Meditation

Die geführte Meditation wird von einem Meditationsleiter begleitet, der Anweisungen zu Atemtechniken oder Entspannungsübungen gibt. Dies hilft vor allem Neulingen sich während der Meditation auf die Anleitungsschritte zu konzentrieren. Durch das Meditieren soll die eigene Wahrnehmung gestärkt oder entfaltet werden, was zu verbessertem Selbstbewusstsein führt. Dies hilft später in «stressigen» Situationen konstruktiver und überlegter zu handeln (Fräntzel, 2019)

«harmonious passion»

harmonische, auf Eigenmotivation beruhende Leidenschaft (Craigie et al. 2016)

«obsessive passion»	Obsessive, auf eine von innen- oder aussen erzeugtem Druck beruhende Leidenschaft (Craigie et al. 2016)
Prävention	Als Prävention werden Massnahmen bezeichnet, die helfen eine drohende Krankheit oder Schwächung der Gesundheit vorzubeugen oder zu verhindern (Kieschnick, 2012)
Reliabilität	Zuverlässigkeit (Bekel et al. 2015)
Resilienz	Belastbarkeit (Craigie et al. 2016)
Selbstpflege	Selbstpflege beinhaltet alle Tätigkeiten, die dem Erhalt und Förderung der eigenen Gesundheit dienen (Taylor & Renpenning, 2013)
Validität	Gültigkeit (Bekel et al. 2015)

11.2 Zeitplan

Kalenderwo- chen	Was ist zu tun?	Wichtige Daten
38-39	Fragestellung definieren /Zeitplan erstellen	24.09.2018 Kolloquium 1
40-41	Grobrecherche/Literatursuche Erste Anfänge/Struktur Exposé Literatur lesen und Auswahl treffen	
42-43	Recherche der Literatur	25.10.2018 Kolloquium 2
44-45	Schreiben Exposé Fragen für Kolloquium Überarbeiten Exposé Ideen Sammlung theoretischer Hintergrund Studiensuche	26.10.2018 Abgabe Exposé 09.11.2018 Bekanntgabe Resultat Exposé
46-47	Fragen für Kolloquium	15.11.2018 Kolloquium 3
48-49	Methodenteil dokumentieren Theoretischer Hintergrund Critical Appraisal Auswahl der Studien	06.12.2018 Inputseminar
50-51	Ergebnisteil schreiben	Feiertage
52-1	Zeit für unvorhergesehenes	

2-3	Fragen für Kolloquium	10.01.2019 Kolloquium 4
4-5	Ergebnissteil/ Diskussionsteil Kategorien bilden	
6-7	Struktur eventuell nochmals umstellen	28.02.2019 Inputseminar
8-9	Theorieteil vervollständigen Ergebniskategorien gliedern Diskussionsteil schreiben	
10-11	Fragen für Kolloquium	05.03.2019 Kolloquium 5
12-13	Diskussionsteil Inhalt und Würdigung der Literaturgüte Schlussfolgerung/ Theorie Praxistransfer Korrektur durch Lektorat	
14-15	Zeit für unvorhergesehenes	12.04.2019 Abgabe Bachelorarbeit
16-17	Endkorrektur/ Drucken und Binden	
18-19		24.05.2019 Bekanntgabe Resultat
20-21		
22-23	Präsentation vorbereiten	04.06.2019 Informationen zum Tag der Bachelorarbeiten
24-25		
26	Posterpräsentation	28.6.2019 Bachelorarbeit Präsentieren

Planung blau

Schreiben orange

Überarbeiten grün

11.3 Kostenplanung

Die Kosten wurde von den Autorinnen exemplarisch dargestellt und dienen zur Übersicht und Planung der voraussichtlichen Kosten für die Verfassung der Bachelorarbeit.

Ausgabeposten	Kosten
Literaturbeschaffung	Fr.200
Lektorat	Fr.200
Korrektur	Fr.300
Büromaterial	Fr.200
Kopien	Fr.30
Binden	Fr.30
Total	Fr. 960.00

11.4 Zusammenfassung nach AICA

Nachfolgend werden die acht Studien alphabetisch zu den Autorinnen und Autoren geordnet und mit dem Hilfsmittel AICA strukturiert nach Einleitung, Methode, Ergebnisse und Diskussion zusammengefasst.

In einem zweiten Schritt erfolgt die kritische Würdigung in der selben Reihenfolge nach der Beurteilungshilfe von Behrens & Langer (2010) und für die zwei Mix-Method Studien nach Long (2005).

Quelle: Alexander, G. K., Rollins, K., Walker, D., Wong, L. & Pennings, J. (2015). Yoga for Self-Care and Burnout Prevention Among Nurses. *Workplace Health & Safety*, 63(10), 462–470.

doi:10.1177/2165079915596102

Land: USA

Zusammenfassung der Studie:

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Es herrscht ein wachsendes Bewusstsein bezüglich Stress und Burnout, wie es Pflegefachpersonen erleben (Ribeiro et al, 2014; Sermeus et al., 2011 zitiert nach Alexander et al, 2015).</p> <p>Die negativen Konsequenzen von Burnout sind bekannt, wie Unzufriedenheit beim Job und verschlechterte Pflegequalität. (McHugh, Kutney-Lee, Cimiotti, Sloane, & Aiken, 2011; Poghosyan, Clarke, Finlayson, & Aiken, 2010; Vahey, Aiken, Sloane, Clarke, & Vargas, 2004 zitiert nach Alexander et al. 2015).</p> <p>Aufgrund dieser Resultate sollen die Arbeitsbedingungen, zur effektiven Burnout- Prävention, verbessert werden (Aiken, Clarke, Sloane, Sochalski, & Silber, 2002; Li, Early, Mahrer, Klaristenfeld, & Gold, 2014; McHugh et al., 2011; Spence Laschinger & Fida, 2014; Van Bogaert et al., 2014 zitiert nach Alexander et al. 2015).</p> <p>Der Fokus liegt auf Selbstpflegestrategien zur Bewältigung von Stress und Bildung von emotionaler Resilienz (Quinn, 2014, zitiert nach Alexander et al.2015).</p> <p>Zu diesem Thema gibt es bereits viel Literatur (Christopher & Maris, 2010; Dunn, Iglewicz, & Moutier, 2008; Kearney, Weininger, Vachon,</p>	<p>Eine randomisierte kontrollierte Studie im experimentellen Design. Sie beinhaltet eine 8- wöchige Yogaintervention, welche durch einen Yogainstruktor, der auch ein osteopathischer Arzt ist, überwacht wird.</p> <p>Dazu gab es neben einer Interventionsgruppe eine Kontrollgruppe, die keine Intervention erhielten.</p> <p>Die Studie wurde genehmigt durch das zuständige Review Board.</p> <p>Alle Teilnehmenden unterschrieben eine Einverständniserklärung.</p> <p>Die Pflegefachpersonen wurden aus einem Spital mit 560 Betten ausgewählt. Dieses Spital beschäftigt insgesamt 1750 Pflegefachpersonen.</p> <p>Sie wurden informiert über die Studie mit Hilfe von Email, Flyer und dem Spital internen System, Intranet.</p> <p>In einem ersten Schritt konnten freiwillig interessierte Personen an einer Online Umfrage teilnehmen.</p> <p>Anhand dieser wurde eine Vorauswahl getroffen, ob die Teilnehmer zu der genannten Studie passen mit Hilfe groben Einschlusskriterien. In einem zweiten Schritt wurden potentielle Teilnehmerinnen durch einen Forscher anhand der folgenden zusätzlichen Ein- und Ausschlusskriterien ausgewählt.</p> <p>Einschlusskriterien: Pflegefachpersonen, keine bisherigen Erfahrungen mit Yoga, Einverständnis an dem 8- wöchigen Yogaintervention teilzunehmen sowie zu Hause Übungen durchzuführen und Einwilligung randomisiert der Kontroll- oder Interventionsgruppe zugeteilt zu werden.</p> <p>Ausschlusskriterien: schwere Krankheit oder orthopädische Diagnosen.</p> <p>Dadurch wurden 50 Pflegefachpersonen ermittelt, je 25 Personen pro Gruppe. Die Forscher erwarteten, dass 40 Personen die Studie beendeten und nahmen einen Rückgang von 10% in Kauf.</p> <p>Diese Annahme basiert auf der Poweranalyse in g* Power 3.1.7. die zeigt das bei einer wiederholten Messung mit (ANOVA) mindestens eine Stichprobengröße von 40 Personen benötigt wird, um signifikante Werte nach Cohens f 0.25, alpha 0,05, power 0.80 und geschätzte Korrelation von wiederholten Messungen von 0.4.</p> <p>Interesse an der Studie zeigten 100 Personen, durch ein initiales Screening ergaben sich 71 Pflegefachpersonen. Nach telefonischem Kontakt reduzierte sich die Stichprobe auf 49 Teilnehmer.</p> <p>Im Anschluss an das Telefongespräch füllten die Teilnehmenden nochmals einen weiteren Fragebogen aus, indem sie unter anderem die Einwilligung der Studie gaben.</p> <p>Dadurch ergab sich die endgültige Stichprobengröße von 40 Teilnehmenden.</p> <p>Intervention:</p>	<p>Es wurde erforscht, ob es einen signifikanten Zusammenhang oder Unterschiede zwischen verheirateten und unverheirateten Paaren gibt, sowie zwischen den Kontroll- und Experimentalgruppen. Dazu verwendeten sie den Chi Square, Pearson Korrelation und unabhängiger Stichproben T- Test. Zwischen Kontroll- und Experimentalgruppe sind keine signifikanten Unterschiede gefunden worden. Vorläufige Analysen wurden durch den Manova Test gemacht. Das Resultat zeigte Folgendes:</p> <p>Signifikante Resultate in Auswirkung auf die Zeit ($P < 0.001$), ($F = 5.34$) = 5.57; $n^2 = 0.450$, Zeit per Gruppe $F(5.34) = 2.57$, $p = 0.045$, $n^2 = 0.274$.</p> <p>Keine Signifikanz gab es betreffend der Gruppe.</p> <p>Eine Signifikanz zeigt sich in Selbstpflege ($p = 0.06$) in Bezug auf Vor- und Nachtests.</p> <p>Emotionale Erschöpfung: ($p: 0.041$), $n^2 = 0.106$) und Depersonalisierung ($p: 0.035$), $n^2 = 0.111$). Achtsamkeit ($p: 0.067$). In der Kontrollgruppe zeigte sich keine Verbesserung.</p> <p>Zu Beginn zeigten sich keine Unterschiede zwischen Kontroll- und Interventionsgruppe.</p>	<p>Die Resultate zeigen, dass Yoga die Selbstpflege und Achtsamkeit verbessern, indem sie Burnout reduzieren. Verglichen mit der Kontrollgruppe zeigt die Interventionsgruppe signifikante verbesserte Selbstpflege sowohl geringere emotionale Erschöpfung, als auch weniger Depersonalisierung.</p> <p>Die Limitationen bestehen in der kleinen Stichprobengröße, einem Mangel an einer aktiven Kontrollgruppe und das Vertrauen auf die Selbsteinschätzung.</p> <p>Um die Limitationen in weiteren Studien zu verringern, ist eine grössere Stichprobengröße empfohlen. Um das Studiendesign zu verbessern, wäre eine Kontrollgruppe von Vorteil.</p> <p>Objektive Messungen von psychosozialen Phänomenen wie Stress und Burnout würden das Interventionsdesign stärken.</p> <p>Zum Beispiel mit Messungen von Cortisol und anderen Biomarkern (Galantino, Baime, Maguire, Szapary, & Farrar, 2005; Grossi, Perski, Evengard, Blomkvist, & Orth-Gomér, 2003 zitiert nach Alexander et al. 2015).</p>

<p>Harrison, & Mount, 2009; Kravits et al. 2010 zitiert nach Alexander et al 2015). Eine spezifische Selbstpflegestrategie ist Yoga, welche einen erwiesenen, positiven Effekt hat (Chapman & Bredin, 2011; Kumar, 2013; Yang, 2007 zitiert nach Alexander et al., 2015). Yogastudien unter Pflegefachpersonen sind selten, eine fand jedoch im Jahre 2007 statt. (Raingruber & Robinson, 2007 zitiert nach Alexander et al. 2015). Das Ziel der Studie ist die Wirksamkeit von Yoga zu untersuchen, damit die Selbstpflege verbessert und Burnout reduziert wird bei Pflegefachpersonen.</p>	<p>Diese Intervention hatte das Ziel Selbstpflegestrategien zu vermitteln, Stress zu reduzieren und die Selbstwahrnehmung zu verbessern. Die Pflegefachpersonen sollen lernen die innere Wahrnehmung zu stärken, anstatt den Fokus auf das äusserliche Erleben zu legen. Durch den Unterricht lehrten sie auf sich selbst und das Innere zu achten Deshalb erlernten sie in den ersten Yogastunden, sich bewusst auf die Atmung zu konzentrieren. Eine dieser Strategien soll helfen die Selbstwahrnehmung zu verbessern. Der Instruktor unterrichtete Basiswissen sowie, Atemtechniken und Meditation. In jeder Lektion folgte eine Tiefenentspannung. Die Teilnehmer erhielten ein Handout mit weiterführenden Informationen und Bilder zu den Übungen, die als Basis für die Heimpraxis dienen.</p> <p>Datensammlung Die Teilnehmenden füllten zweimal ein Online- Assessment aus, einmal zu Beginn und nach den acht Wochen. Im ersten Assessment füllten sie einen demographischen Fragebogen, Health Promoting Lifestyle Profile HPLP 2 (Walker & Hill-Polerecky, 1996 zitiert nach Alexander et al., 2015), ein Freiburg Mindfulness Inventory (FMI) und ein Maslach Burnout Inventory (Jackson, & Leiter, 1986 zitiert nach Alexander et al.,2015). Der HPLP 2 beinhaltet 52 Punkte, welche die Häufigkeit von gesundheitsförderlichem Verhalten misst. Der Test ist valide und reliabel mit 0.89. Der FMI Test beinhaltet 14 Punkte, anhand denen die Achtsamkeit eingeschätzt wird. Dieses Instrument ist valide und reliabel nach Cronbach Alpha 0.86. Der MBI ist ein Beurteilungsbogen mit 22 Punkten mit 3 Domänen. A) emotionale Erschöpfung B) Depersonalisierung C) reduzierte persönliche Leistungsfähigkeit Mit einem Durschnitt von Alpha 0.70 und 0.80.</p> <p>Datenanalyse Mithilfe des SPSS Version 20 wurden die Statistischen Test ausgewertet. MANOVA und ANOVA wurden angewendet. Der MANOVA Test wurde angewendet für wiederholte Messungen. Der ANOVA Test diente zur Interpretation von signifikanten Zusammenhängen.</p>		
---	---	--	--

Quelle: Craigie, M., Slatyer, S., Hegney, D., Osseiran-Moisson, R., Gentry, E., Davis, S. et al. (2016). A Pilot Evaluation of a Mindful Self-care and Resiliency (MSCR) Intervention for Nurses. *Mindfulness*, 7(3), 764–774. doi:10.1007/s12671-016-0516-x

Land: Australien

Zusammenfassung der Studie:

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Beruflicher Stress kann keiner speziellen Berufsgruppe zugeordnet werden, aber er kommt oft in sogenannten «Helferberufen» vor (Santos, Barros & Carolino, 2010 zitiert nach Craigie et al 2016) und bei Pflegefachpersonen (Beck 2011 zitiert nach Craigie et al. 2016).</p> <p>In Akutspitalern sind Pflegefachpersonen organisatorischem Wechsel, Belastungen von Patienten und hohem Stress ausgesetzt McViar (2003), zitiert nach Craigie et al. (2016). Laut Figley (1995) zitiert nach Craigie et al (2016) führen diese Stressfaktoren zu einem akuten Syndrom auch bekannt als Mitgefühlsmüdigkeit «Compassion fatigue». (CF)</p> <p>CF ist eine Kombination aus sekundärer Traumatisierung «secondary traumatic stress» (STS) und Burnout.</p> <p>CF steht eng in Zusammenhang mit Schädigungen wie psychische Belastungen, reduzierte Produktivität, erhöhte Absenzen Figely, (1995), zitiert nach Craigie et al. (2016).</p> <p>Adams et al. (2006) zitiert nach Craigie et al. (2016) forschen im Bereich CF und beziehen sich auf Umwelt- und psychologische Faktoren, um Risiko- und schützende Faktoren zu bestimmen, mit dem Ziel Resilienz zu stärken.</p> <p>Laut Lavigne, Forest & Crevier-Braud (2012) zitiert nach Craigie et al. (2016) führen erhöhte zwanghafte Leidenschaft «obsessive passion» zu vermehrter emotionaler Erschöpfung.</p> <p>CF ist ein komplexes Konstrukt und enthält nebst Umwelt- auch individuelle Faktoren. Deshalb sind Interventionen im Hinblick auf Resilienz und Stress Bewältigungsstrategien erwünscht, anstatt sich auf Umgebungsfaktoren zu fokussieren (Zeller & Levin, 2013, zitiert nach Craigie et al. 2016).</p> <p>Eine ähnliche Studie wurde im Setting Notfall durchgeführt, mit einer Intervention zur Verbesserung der CF, indem die Resilienz gestärkt wurde (Flarity, Gentry & Mesnikoff, 2013, zitiert nach Craigie et al., 2016). Diese Intervention beinhaltete lediglich ein vierstündiges Schulungsprogramm. Die Ergebnisse</p>	<p>Teilnehmende: Auf 24 von 25 interessierten Pflegefachpersonen, die an der Intervention Mindful Self-care and Resiliency (MSCR) Interesse zeigten, trafen die Einschlusskriterien zu. Insgesamt Personen nahmen am Programm teil.</p> <p>Durchschnittsalter: 48.6 (SD=9.94). weiblich n=20. Männlich n=1. 61.9% verheiratet.</p> <p>80% Vollzeit. Mehr als die Hälfte sind erfahrene Pflegeende «senior registered nurses», die im Schnitt 15 Jahre Berufserfahrung haben.</p> <p>Einschlusskriterien: Pflegefachperson (registered nurse), Teil- oder Vollzeit.</p> <p>Ausschlusskriterien: Depression, Posttraumatische Störung (PTSD), Substanzmittelmissbrauch oder Teilnahme an einer anderen Intervention für die mentale Gesundheit.</p> <p>Durchführung: Die Mitgefühlsmüdigkeit «Compassion Fatigue» (CF) wurde gemessen an drei Zeitpunkten, einmal vor -, nach- und einen Monat nach der Intervention.</p> <p>Die ethische Einverständniserklärung wurde von der Universität und der Spitalethikkommission eingeholt. Die Teilnehmenden wurden via Intranet auf die Studie aufmerksam gemacht, bei Interesse konnten sie sich selber beim Forscher melden.</p> <p>Die Einverständniserklärung wurde von allen unterschrieben.</p> <p>Es gab zwei Interventionsgruppen mit je zehn und elf Personen.</p> <p>Vor der Intervention wurde ein Selbsteinschätzungs-Fragebogen und ein demographischer Fragebogen ausgefüllt. Am Ende der Intervention und nach einem Monat schätzen sie sich erneut ein anhand des Selbsteinschätzungsfragebogen. Die Intervention dauerte insgesamt zwölf Stunden und setzte sich zusammen aus einem Tagesworkshop mit dreimaligen 1.75h Lektionen zur Entwicklung von Mitgefühlsmüdigkeitsresilienz (compassion fatigue resiliency) und einer Lektion von 1.75 h Dauer zu Achtsamkeit in einem Raum des Spitalareals. Die Inhalte des Workshops</p>	<p>Insgesamt 20 Pflegefachpersonen beendeten die Intervention, besuchten den ein Tagesworkshop., sowie mindestens zwei der wöchentlichen Achtsamkeitslektionen.</p> <p>Der Wilcoxon Test zeigte Resultate im Vergleich vor und nach der Intervention und vor und nach einem Monat.</p> <p>Signifikante Resultate im Vergleich vor und nach Intervention</p> <p>Depression Z-Score -2-36 p<0.05</p> <p>Burnout Z-Score -3.47 p<0.01</p> <p>Negative Charaktereigenschaft (TNA) Z- Score -2.46 p<0.05</p> <p>Die anderen Resultate, wie Stress, Angst, Mitgefühlsmüdigkeit (CS), STS, Resilienz, „harmonische Leidenschaft“ und „zwanghafte Leidenschaft“ waren nicht signifikant.</p> <p>Signifikante Resultate zeigten sich im Vergleich vor und nach einem Monat in Stress Z-Score -2.32 p<0.05, Mitgefühlsmüdigkeit 2.13 p<0.05. Burnout -2.73 p<0.01 und TNA Z-Score -2.72 p<0.01.</p>	<p>Aufgrund hoher Anzahl von Burnout Betroffene und CF ist es notwendig Interventionen zu haben, die eine Verbesserung bringen. Die MSCR Intervention zeigte signifikante Reduktion innerhalb eines Monats im Bereich Burnout.</p> <p>In dieser Stichprobe hatten beinahe die Hälfte der Pflegenden ein hohes Level an Burnout, nach den Kriterien von Stamm (2010). Nur 15% der Personen hatten nach der erfolgten Intervention ein hohes Burnout- Level.</p> <p>Dieser positive Effekt hielt einen Monat nach Intervention an.</p> <p>Um dies zu bestätigen sind weiterführende Studien mit längerer Dauer erforderlich.</p> <p>Ebenfalls zeigten sich signifikante Reduktionen der TNA Ergebnisse.</p> <p>Dies geht einher mit verminderter Depression und Stress und einer Verbesserung der Mitgefühlsmüdigkeit nach einem Monat.</p> <p>Flarity, Gentry & Mesnikoff (2013) zitiert nach Craigie et al. (2016) kamen zu identischen Ergebnissen, was den Effekt dieser Intervention bestätigt. Craigie et al. (2016) sehen eine Verbindung zwischen TNA und Burnout, insofern das eine tiefe „Mitgefühlsmüdigkeit“ zu geringer TNA und vermindertem Burnout führt.</p> <p>MSCR hilft eine Situation neu kognitiv zu beurteilen, was in Folge zu höherer „Mitgefühlsmüdigkeit“ und tiefer „zwanghafter Leidenschaft“ führt (Garland, Fredrickson, Kring, Johnson, Meyer & Penn, 2010, zitiert nach Craigie et al., 2016)</p> <p>Eine hohe „zwanghafte Leidenschaft“ steht in Verbindung zu vermehrten negativen Denkmustern und negativen Handlungen.</p> <p>Um diese Hypothesen zu testen bedarf es an weiterführenden Studien.</p> <p>Keine signifikanten Ergebnisse gab es in STS und Angst Symptomen.</p> <p>Eine Erklärung wäre, dass der Ausgangswert von STS nicht besonders hoch war im Vergleich zu Burnout. Die kleine Stichprobe könnte zu wenig Power gehabt haben, um einen Effekt zu zeigen.</p>

<p>waren vielversprechend, die Mitgeföhlsmüdigkeit „Compassion fatigue“ (CF) Symptome reduzierten sich signifikant und die Mitgeföhlzufriedenheit „compassion satisfaction“ (CS) verbesserte sich. Achtsamkeitstraining (Mindfulness Training) ist ein Ansatz, um die Emotionen zu regulieren und sich von Anstrengungen zu erholen (Teper, Segal & Inzlicht, 2013 zitiert in Craigie et al., 2016)</p> <p>Zurzeit sind Achtsamkeits Stress Reduktion (mindfulness-based stress reduction) (MBSR) (Kabat-Zinn, 1990 zitiert nach Craigie et al., 2016) oder Achtsamkeits basierte kognitive Therapie (mindfulness-based cognitive therapy) (MBCT) Interventionen, um Achtsamkeit zu verbessern (Segal, Williams & Teasdale, 2002 zitiert nach Craigie et al., 2016)</p> <p>Diese Interventionen zeigten Vorteile in Bezug auf Reduktion der negativen Stimmung und wirken präventiv gegen Depression (Khouri et al., 2013 zitiert nach Craigie et al., 2016).</p> <p>Dennoch verhindert eine Vielzahl von Problemen die effiziente Umsetzung dieser Gruppen Programmen wie MBSR oder MBCT in der Praxis, weil sie entweder regelmässig jede Woche zu einem fixen Zeitpunkt über acht Wochen hin besucht werden müssen, oder viel Selbststudium zu Hause verlangen, wie täglich 40min Training zu Hause.</p> <p>Deshalb lassen sich solch intensive Programme nicht mit dem ausgelasteten Beruf vereinbaren (Zeller & Levin, 2013, zitiert nach Craigie et al., 2016).</p> <p>Der Effekt ob eine längere Durchführungszeit der Intervention zu besseren Resultaten führt ist nicht geklärt (Carmody & Baer, 2009 zitiert nach Craigie et al. 2016).</p> <p>Kürzere weniger intensive Achtsamkeits-basierte Interventionen zeigten signifikante Reduktionen in Burnout und führten zu verbesserter Resilienz (Gauthier, Meyer, Grete & Gold, 2015, zitiert in Craigie et al. 2016).</p> <p>Trotzdem gibt es ein Mangel an solchen Interventionen für Pflegefachpersonen, welche Schulungen über CF anbieten und die Rolle der Achtsamkeit in der Resilienz erklären.</p> <p>Das Ziel der Studie ist es mit Hilfe des Programmes Mindful Self- Care and Resiliency (MSCR) Achtsamkeit und Resilienz bei Pflegefachpersonen zu schulen.</p>	<p>Compassion Fatigue Resiliency sind angelehnt an vorgängige Autorinnen und Autoren (Flarity, Gentry & Mesnikoff 2013, zitiert nach Craigie et al., 2016)</p> <p>Diese beinhalten das Gegenmittel bei Mitgeföhlsmüdigkeit, welche sich aus den folgenden Elementen zusammensetzen:</p> <p>Selbstregulierung Intention Bewusstseinsbildung Zusammenhang und soziale Unterstützung Selbstpflege und Revitalisierung</p> <p>Die Inhalte der Achtsamkeitslektionen waren adaptiert (Segal, Williams & Teasdale, 2002, zitiert nach Craigie et al., 2016)</p> <p>Jede Lektion beinhaltet praktische Übungssequenzen wie Achtsamkeitsübungen (10-25min), sowie theoretische Diskussionen (Williams und Penman, 2011, zitiert nach Craigie et al., 2016).</p> <p>Teilnehmende wurden ausgestattet mit einem Buch inklusive CD über Achtsamkeit von Williams und Penman (2011) und als Hausaufgabe wurden sie ermutigt jeden Tag zehn bis 20 Minuten Achtsamkeitsübungen zu Hause durchzuführen.</p> <p>Der Moderator der Intervention ist ein klinischer Psychologe und verfügt über sechs Jahre Erfahrung in diesem Gebiet.</p> <p>Messinstrumente</p> <p>The Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) ist ein valides Screening Depression Assessment (Kroenke & Spitzer, 2002, zitiert nach Craigie et al. 2016)</p> <p>Short Screening Scale for DSM-IV PTSD ist ein Screening Assessment für PTSD Symptome und valide und reliable (Breslau, Peterson, Kessler & Schultz, 1999, zitiert nach Craigie et al. 2016)</p> <p>CAGE-AID um Alkohol oder Substanzmissbrauch zu erkennen (Brown & Rounds, 1995 zitiert nach Craigie et al., 2016).</p> <p>Demographische Daten</p>	<p>45% der Teilnehmenden zeigten hohe Burnout Levels, vor der Intervention. Nach der Intervention nur 15%.</p> <p>20% hatten STS im hohen Level, keine Verbesserung nach der Intervention in den hohen Level, aber 15% mehr in den tiefen Level.</p> <p>15% hatten einen hohe Mitgeföhlsmüdigkeit „Compassion fatigue“ vor der Intervention, nach einem Monat zeigten 35% hohe Werte an.</p>	<p>Zu beachten ist das die Mehrheit der Teilnehmenden eher älter sind.</p> <p>Es zeigte sich, dass Erfahrungsjahre zu weniger Angst Level führen. Durch die Berufsjahre erlernten sie Bewältigungsstrategien, welche vor STS und Angstsymptomen präventiv schützen (Hegney et al., 2014, zitiert nach Craigie et al., 2016).</p> <p>Eine Verbesserung der Resilienz und „harmonische Leidenschaft“ zeigten sich nicht, ein Grund könnte die zu kurze MSCR Intervention sein, die nicht effektiv ist, um schützende Faktoren zu generieren. Die kleine Stichprobe zeigte keine signifikanten Veränderungen in den Resultaten. Deshalb sind weiterführende Studien mit grösseren Stichproben erforderlich, und in Bezug auf Resilienz, könnte ein anderes Assessment sinnvoll sein.</p> <p>Es ist wichtig zu sehen, ob sich die Resultate auf andere Pflegefachpersonen übertragen lassen, die weniger Berufserfahrung haben und einen höheren Wert an STS aufweisen.</p> <p>Zur Implementierung in den Praxisalltag ist diese Intervention aufgrund der kurzen Intervention sehr geeignet, um Resilienz und Wohlbefinden zu verbessern.</p> <p>Ein Gruppenprogramm wie die MSCR Intervention gewährleistet eine kostengünstige Variante.</p>
---	---	--	---

	<p>The Professional Quality of Life Scale Version 5 misst die Levels der CS, CF, Burnout und secondary traumatic stress (STS). (Stamm, 2010, zitiert nach Craigie et al. 2016)</p> <p>Die Reliabilität vor der Intervention liegt bei compassion satisfaction $\alpha = 0.89$, burnout $\alpha = 0.75$ und STS $\alpha = 0.60$.</p> <p>Depression Anxiety Stress Scale (DASS) ist weit verbreitet, um Level der Depression, Angst und Stresssymptome zu messen (Lovibond zitiert nach Craigie et al., 2016) Die Reliabilität vor der Intervention bei Depression ist bei $\alpha = 0.72$, Angst $\alpha = 0.40$ und stress $\alpha = 0.82$</p> <p>STAI-Y2, Spielberger State-Trait Anxiety Inventory form Y2 ermittelt die generellen Gefühle (Spielberger et al., 1983, zitiert nach Craigie et al. 2016). Die Reliabilität vor der Intervention ist $\alpha = 0.92$.</p> <p>Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) ist valide und reliabel und ermittelt die Widerstandsfähigkeit, beispielsweise Umgang mit Problemen (Connor & Davidson, 2003, zitiert nach Craigie et al. 2016). Die Reliabilität vor der Intervention ist $\alpha = 0.85$.</p> <p>Der Passion for Work Scale (PWS) misst die Harmonie und Leidenschaft und ist valide und reliabel (Valleland, Blanchard & Mageau et al., 2003, zitiert nach Craigie et al., 2016)</p> <p>Die Reliabilität vor der Intervention bei Leidenschaft (passion) ist $\alpha = 0.87$ und zwanghafte Leidenschaft obsessive passion ist $\alpha = 0.93$.</p> <p>Datenanalyse: IBM-SPSS Windows version 21.</p> <p>Kolmogorov-Smirnov und Shapiro-Wilk test wurden benutzt zur Verteilung der Variablen.</p> <p>Wicoxon Test wurde benutzt für Unterschiede in der Gruppe zu den verschiedenen Zeiten zu unterscheiden.</p> <p>Cohens d Effekt wurde benutzt um Standardabweichungen klarzustellen. $d = 0.3$ wenig, 0.5 mittel und 0.8 gross</p>		
--	--	--	--

Quelle: Günüşen, N. P. & Ustün, B. (2010). An RCT of coping and support groups to reduce burnout among nurses. *International Nursing Review*, 57(4), 485–492. doi:10.1111/j.1466-7657.2010.00808.x

Land: Türkei

Zusammenfassung der Studie:

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Pflegende gehören zu einer Gruppe mit erhöhtem Risiko, ein Burnout zu erlangen. Einzelne, welche ein Burnout erleben, verlassen den Job. Bei Betroffenen die bleiben, sinkt die Produktivität und Effizienz. Aufgrund dieser negativen Folgen, soll einem Burnout vorgebeugt werden. Effiziente Bewältigungsstrategien, Durchsetzungsvermögen sowie soziale Unterstützung sind Faktoren zur Burnout- Prävention (Duquette et al.1994, zitiert nach Günüşen & Ustün, 2010). Obwohl beispielsweise in deskriptiven Studien erwiesen ist, dass Bewältigungsstrategien und soziale Unterstützung ein Burnout reduzieren (Duquette et al. 1994, zitiert nach Günüşen & Ustün, 2010). Es existieren bis jetzt nur eine begrenzte Anzahl an Interventionsstudien, die Stress reduzieren am Arbeitsplatz (Marine et al.2006, zitiert nach Günüşen & Ustün, 2010). Deshalb wurden diese zwei Interventionen in einer RCT Studie untersucht.</p> <p>Neuman Systems Model and Burnout: Das Modell beschreibt die Reaktion einer Person oder die einer Gemeinschaft auf Stressoren (Neumann, 2002, zitiert nach Günüşen & Ustün, 2010) Es unterstützt Pflegende bei der Stressprävention anhand dreier Stufen: Erst-, Zweit- und Drittprävention. Das System beinhaltet weiter drei Linien, welche die Seele stärkt gegenüber Stressoren. Linie 1: FLD: Flexible Verteidigungslinie Linie 2: NLD: Normale Verteidigungslinie Linie 3: LOR Resistenzlinie Ist die FLD unbrauchbar, wird die NLD aktiviert. Die LOR wird angewendet, falls die NLD inaktiv ist. Die Studie beabsichtigte, Burnout Levels zu reduzieren, indem sie die psychologischen und soziokulturellen Dimensionen stärkt in der LOR, welcher der sekundären Prävention nach Neumann entspricht. Da die Pflegefachpersonen einem</p>	<p>RCT: Randomisiertes kontrollierte Studie um Burnout Levels vor- und nach sowie 6 Monate nach der Intervention zu vergleichen bei zwei experimentellen- (Bewältigung und Support) und einer Kontroll-Gruppe.</p> <p>Setting und Teilnehmer: Diese Studie wurde durchgeführt in einem Universitätsspital in Izmir, Turkey. Pflegende auf allgemeinen stationären Abteilungen mit 12 Stunden Schichten für 180 Stunden in einem Monat und gewährleisteten Pflege bei einem Durchschnitt von 15- 20 Patienten pro Person und Schicht. Programm zur Burnout Reduktion unter diesen Pflegenden wurde diesen präsentiert im Jahre 2007 während einer sieben wöchigen Dauer. Alle Pflegefachpersonen n: 227, mussten den Maslach Burnout Inventory Fragebogen ausfüllen (Maslach & Jackson 1981). Diese welche den Fragebogen ausfüllten und ein höheres Ergebnis in der emotionalen Erschöpfung als der Durchschnitt erhielten (n:108), wurden eingeladen bei der Intervention teilzunehmen. Pflegende wurden randomisiert zugeteilt in drei gleich grosse Gruppen mit einer Anzahl von je 36 Teilnehmenden. Die experimentelle Gruppe umfasst n: 72 und unterteilt sich in Bewältigung (n:36) und Soziales (n:36). Die Kontrollgruppe erhielt keine Intervention. Von diesen 72 Teilnehmenden nahmen schlussendlich nur 28 an allen Lektionen teil. Um die Verluste zu klären wurde eine qualitative Studie organisiert und publiziert.</p> <p>Power Calculation wurde verwendet. Alpha: 0.05. Power: 0.80 Die Power Calculation zeigte, dass 27 Teilnehmer benötigt wurden in jedem Zweig der Studie.</p> <p>Randomisation Während der randomisierten Gruppenenteilung wussten weder Forscher noch Teilnehmer zu welcher Gruppe sie gehörten. Bei der Intervention wurde es aber klar, zu welcher Gruppe sie</p>	<p>Demographische Daten und andere Variablen waren ähnlich in allen Gruppen. Alter zwischen 19- 34 Jahren, die meisten haben 1- 10 Jahre Arbeitserfahrung und haben einen höheren Abschluss.</p> <p>Emotionale Erschöpfung In Bezug auf die emotionale Erschöpfung gab es keinen signifikanten Unterschied zwischen den Gruppen: P: 0.14. In Bezug auf Gruppe x Zeit Einfluss, P: 0.13 ebenfalls keinen signifikanten Unterschied. Die Zeitdauer des Kurses hat keinen Einfluss auf die Gruppe in Bezug auf die emotionale Erschöpfung. Es gibt einen Unterschied im Zeitpunkt des Erfassens von der emotionalen Erschöpfung. Die Resultate der emotionalen Erschöpfung sanken direkt nach der Intervention, aber der Wert stieg wieder an bis zum Testzeitpunkt nach 6 Monaten. Deshalb gibt es einen signifikanten Unterschied im Zeitpunkt (p=0.00).</p> <p>Depersonalisation Keine signifikanten Unterschiede innerhalb der drei Gruppen. (p=0.54) wenn die Zeitdauer betrachtet wird. (p=0.36) wenn die Gruppe miteinander betrachtet wird. (p=0.54) in Bezug auf Gruppe x Zeit.</p> <p>Persönliche Leistung</p>	<p>Die Schlussfolgerung der Studie war, dass die emotionale Erschöpfung sinkt nach der Intervention und steigt wieder innerhalb der sechs Monate an. Ein Grund dafür könnte sein, dass die Intervention nicht lange wirksam ist.</p> <p>Keine signifikanten Unterschiede wurden gesehen, innerhalb der Gruppe und dem Einfluss von Gruppe x Zeit. Ebenfalls gab es keinen Unterschied in der Entpersönlichung und der persönlichen Leistung.</p> <p>Emotionale Erschöpfung gilt als erstes Anzeichen von Burnout. Eine Reduktion dieser könnte die Entpersonalisierung verhindern und die persönliche Leistung steigern.</p> <p>Das Problem ist bekannt, dass bei Studien in Bezug auf Stress, sich häufig die Stichprobengrösse reduziert (Marine et al.2006, zitiert nach Günüşen & Ustün, 2010). Wie bereits im Methodenteil beschrieben, wurde zur Nachvollziehbarkeit dieses Rückganges eine qualitative Studie durchgeführt. Die Ergebnisse zeigten folgendes: Pflegefachpersonen sehen das Burnout als ein Resultat von arbeitsbezogenen Aspekten und ihre Teilnahme an den angebotenen Kursen, wurde verhindert aufgrund umgebungsbezogenen Faktoren sowie fehlender Unterstützung. Obwohl die Studie unterstützt wurde durch die Administration, haben die Stationsleiter die Arbeitspläne nicht den Kursen angepasst. Die meisten Teilnehmerinnen sagten aus, dass sie eher praxisnahe-, anstatt personenbezogene Interventionen benötigten um Stress- und Burnout zu reduzieren. Für sie sind personenbezogene Interventionen weniger relevant.</p>

<p>erhöhten Stresslevel ausgesetzt sind, bezieht sich die Intervention auf die sekundäre Prävention.</p> <p>Ziel: Das Ziel dieser Studie war es die Effekte von Bewältigungs- Training und Unterstützungsgruppen- Interventionen zu evaluieren, um ein Burnout unter Pflegenden zu reduzieren.</p>	<p>gehörten, dieser Teil konnte also nicht verblindet werden.</p> <p>Intervention: 7 Lektionen, 1.5- 2 h in einem ruhigen und gemütlichen Raum des Spitäles.</p> <p>Bewältigungsgruppe Die Gruppe wurde in zwei Kleingruppen mit je 18 Personen unterteilt. Sie erlernten innerhalb 7 Wochen problemfokussierte- und emotionsfokussierte Bewältigungsmethoden welche folgende Aspekte beinhalten, wie das Stress- Konzept, sowie Bewältigungsstrategien. Weiter wurden Kommunikationsfähigkeiten vorgestellt. Alle erhielten theoretische und praktische Bewältigungsstrategien bei verzerrter Wahrnehmung. In den letzten zwei Wochen konnten Teilnehmer stressige Situationen untereinander besprechen und Probleme mit der Bewältigung ansprechen. Sie wenden dabei, die in den vorgängigen Kursen erlernten Methoden an.</p> <p>Sozial Unterstützende Gruppe Die 36 Teilnehmenden wurden in drei Gruppen mit je 12 Personen unterteilt. Alle erhielten Unterstützung und Informationen zur Bewältigung. Die Gruppe gab ihnen einen Rahmen, in welcher sie sich austauschen- und zugehörig fühlen konnten. Zu Beginn konnten alle ihre Erwartungen an den Kurs mitteilen. Danach konnten sie ihre Gefühle sowie gute und schlechte Erfahrungen miteinander teilen. Sie erlernten die Theorie des Gibbs Reflektions Modell (Gibbs, 1988, zitiert nach Günösen & Ustün, 2010). Die Teilnehmenden sollten befähigt werden die Schritte des Modells in ihrem Alltag anwenden zu können. Eigene Problembeispiele konnten mitgebracht werden, welche mit Hilfe dieses Modells bearbeitet wurden, was zu neuen Problemlösungsmethoden verhalf.</p> <p>Kontrollgruppe Diese Teilnehmer erhielten keine Interventionen, aber sie füllten ebenfalls den Fragebogen Maslach Burnout Inventory aus zu den drei Zeitpunkten.</p> <p>Statistische Analyse Der Chi- square Test wurde benützt um zu erkennen, ob es Gemeinsamkeiten zwischen den Gruppen nach der Randomisierung gibt.</p>	<p>Auch in diesem Punkt zeigten sich keine signifikanten Unterschiede in den drei Bereichen. Einfluss von Zeit $p= 0.08$ Einfluss von Gruppe x Zeit $p= 0.59$ Einfluss von Gruppe $p= 0.47$ und $p=0.36$</p>	<p>Deshalb soll für mehr Effizienz bei weiterführenden Studien, Personen- sowie Praxisnahe Interventionen durchgeführt werden.</p> <p>Ein weiterer Grund für die Zunahme der Burnout- Rate 6 Monate nach Durchführung der Intervention war, die Vorbereitung der Zertifizierung des Spitäles.</p> <p>LOR wurde gestärkt durch soziokulturelle und psychologische Dimensionen. Durch die Stärkung dieser Linie sinkt die emotionale Erschöpfung. Die LOR wird durch Training von Bewältigungsstrategien gestärkt. Damit die Teilnehmerinnen diese Strategien langfristig anwenden können, müssen diese Trainings regelmässig wiederholt werden.</p> <p>Fazit In weiterführenden Studien über Interventionen sollten die spirituellen Aspekte auch miteinfließen, da Burnout ein multidimensionales Problem ist.</p>
---	---	--	---

	<p>Um die Effizienz der Intervention zu bestimmen wurde der T- Test mit zwei Variablen angewendet. Bei Bedarf zogen sie die Bonferroni Korrektur Test hinzu. Alle Teilnehmer die den Fragebogen ausfüllten und die Kurse besuchten wurden analysiert.</p> <p>Ethikkommission Die Zustimmung für die Studiendurchführung wurde gegeben von der Ethikkommission des Gesundheitswissenschaftsinstituts und der Pflegeadministration des Spitals.</p> <p>Limitationen Nur Frauen waren beteiligt. Die Stichprobe reduzierte sich frappant während der Studie. Die Verblindung fand nur während der Verteilung der Gruppen statt. Im Anschluss wussten die Teilnehmer welcher Gruppe sie zugehörig waren.</p>		
--	--	--	--

Quelle: Kravits, K., McAllister-Black, R., Grant, M. & Kirk, C. (2010). Self-care strategies for nurses: A psycho-educational intervention for stress reduction and the prevention of burnout. *Applied nursing research: ANR*, 23(3), 130–138. doi:10.1016/j.apnr.2008.08.002

Land: USA

Zusammenfassung der Studie:

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Es besteht ein Mangel an Pflegefachpersonen, dies gefährdet das Gesundheitssystem der USA. Als Ursache gilt ein hohes Stresslevel im Job, welches zu Burnout führt, aufgrund dessen verlassen die Pflegefachpersonen den Job.</p> <p>Eine Studie mit 10000 Pflegenden aus fünf verschiedenen Ländern zeigen auf, dass bis zu 54% Pflegefachpersonen in den USA und bis zu 32% in Schottland unter Burnout leiden.</p> <p>Burnout gilt als Zustand, welcher aus der Kombination von drei Symptomen charakterisiert wird. emotionale exhaustion (EE) Emotionale Erschöpfung. depersonalization (DP) Depersonalisierung und personal accomplishment (PA) reduzierte persönliche Leistung.</p> <p>EE und Burnout treten bei chronischer Auseinandersetzung mit umgebungsbezogenem Stress auf. Hinzu kommen ineffektiven Bewältigungsstrategien der Stressreduktion.</p> <p>Es existieren Studien, welche effektive und ineffektive Strategien zur Stress- und Burnout Prävention beschreiben.</p> <p>Weiter besteht eine Verbindung zwischen einem bestehenden Burnout und der mangelhaften Pflegequalität gegenüber den Patienten, zudem steigt dadurch das Risiko, das betroffene Pflegefachpersonen Patientensituation nicht mehr korrekt einschätzen können und somit das Leiden des Patienten nicht erkennen.</p> <p>Pflegefachpersonen mit einer tiefen emotionalen Belastbarkeit sind weniger gut gerüstet, die Pflege und die Bedürfnisse ihrer Patienten zu erkennen, was sich negativ auf die Pflegequalität auswirkt.</p> <p>Thematischer Hintergrund</p>	<p>Design</p> <p>Eine psycho- edukative Intervention, um positives Selbstpflege Verhalten zu schulen. Die Intervention dauerte sechs Stunden und ist auf Erwachsene Teilnehmende angepasst und beinhaltete: Entspannungstechniken, geführte Meditation, Zeichenunterricht über proaktive Bewältigungsstrategien und das Erstellen eines personalisierten Wellnessplanes.</p> <p>Interventionen</p> <p>Die Interventionen wurden in einem Klassenraum durchgeführt.</p> <p>Dazu las jeder Teilnehmende ein Gedicht über Selbstpflege, welches im Anschluss mit Öl- Farbe verbildlicht wurde. Mit Hilfe der Kunst sollten sie ihre Arbeit beschreiben.</p> <p>Teilnehmende wurden instruiert in Tiefenatmung und ermuntert eine positive Sichtweise anzunehmen.</p> <p>Bewältigungsstrategien wurden überprüft und wurden entweder als aktuelle oder zukünftige Strategien mit Hilfe einer Collage dargestellt.</p> <p>Während dem Kurs wurde ein Wellnessplan mit Unterstützung der Lehrperson erstellt. Der Kurs endet mit einer geführten Mediation.</p> <p>Stichprobe</p> <p>248 Pflegefachpersonen bestehend aus neu Promovierten und solchen die bereits Arbeitserfahrung haben in einem Tumorzentrum, sowie Pflegefachpersonen von umliegenden Gemeindezentren. Bei den neu Promovierten wurden die Intervention am Orientierungstag vorgestellt. Die Pflegefachpersonen, welche auf den Stationen arbeiten wurden via Email privat informiert.</p> <p>Die Anzahl von neu Promovierten oder neu Eingestellten beträgt 51%. Pflegefachpersonen mit mehr als einem Jahr Berufserfahrung machen 49% der Teilnehmenden aus.</p> <p>Einschlusskriterien</p>	<p>Demographische Daten</p> <p>Frauen mit einem Anteil von 76% im Alter zwischen 20 und 60 Jahren. 35% waren jünger als 40 Jahre und 42% älter als 40Jahre. 32% der Teilnehmer waren weiss und 47% bezeichneten sich als weitere.</p> <p>Der Römisch-Katholische Glaube dominierte mit 25%.</p> <p>Die meisten Teilnehmenden mit 56% waren verheiratet oder hatten einen Partner.</p> <p>Die durchschnittliche Arbeitsdauer pro Woche war 38 Stunden pro Woche, der Range der effektiven Arbeitsstunden lag zwischen 12 bis 96 Stunden. Mehr als 40 Stunden pro Woche arbeitete nur 15%.</p> <p>Die meisten Teilnehmenden waren im Pflegeberuf angestellt.</p> <p>Die Arbeitserfahrung in Jahren ist zwischen 0 und 35 Jahren.</p> <p>60% umfassen Neuangestellte im Krebszentrum, sowie neu Promovierte RN und RN von den umliegenden Gemeinden. 40% sind Gesundheitsfachleute.</p> <p>Der Maslach Burnout Inventory zeigte Resultate in den Punkten, emotionale Erschöpfung, Depersonalisation, reduzierte persönliche Leistung, vor- und nach der Intervention auf.</p> <p>Im Vortest hatten 38% der Teilnehmer eine hohe EE, im Nachtest sank der Wert auf 26%.</p> <p>Bei der DP gaben 13 % einen hohen Score an, nach der Intervention bei 9%.</p> <p>Vor der Intervention war der Prozentsatz für eine tiefe PA score bei 45% und nach der Intervention bei 52%.</p>	<p>75% der angefragten Teilnehmenden haben an der Umfrage teilgenommen. Ein Grund für die Nichtteilnahme könnte die Besorgnis bezüglich der Anonymität der Daten sein.</p> <p>Personal accomplishment (PA) bedeutet auf Deutsch reduzierte persönliche Leistung. Eine geringe Zufriedenheit ist assoziiert mit tiefem PA Wert.</p> <p>Unterschiede in den PA Werten bezüglich dem Pflegefachperson im Tumorzentrum und den anderen Gesundheitspersonal mögen daher stammen, dass mehr als 50% neue Angestellte waren und deshalb die Gefühle der PA erst entwickeln müssen.</p> <p>Emotional exhaustion (EE) bedeutet auf Deutsch emotionale Erschöpfung. Auch als emotionale Fatigue oder als unübliche Müdigkeit bekannt. In diesem Fall gilt die Regel, je grösser der Wert, desto mehr erschöpft ist eine Person, und umso grösser ist das Risiko an einem Burnout zu erkranken.</p> <p>Aufgrund der gesunken 10% Rate vom Vor- im Vergleich zum Nachtest, kann von einer erfolgreichen Intervention ausgegangen werden.</p> <p>Der gepaarte t-Test zeigt das der Score der EE nach dem Kurs signifikant tiefer lag ($p < 0.0005$)</p> <p>Depersonalisation (DP) auf Deutsch Depersonalisation. Je höher dieser Wert, desto höher ist das Risiko an Burnout zu erkranken.</p> <p>Im gepaarten t-Test war der Rückgang des DP Ergebnis signifikant bei ($p < 0.0005$)</p> <p>Eine Langzeitstudie wäre sinnvoll, um die Interventionen länger zu überprüfen, wie sich diese auswirken auf das Verhalten der</p>

<p>Bewältigung ist ein dynamischer Prozess, welcher Überlebensstrategien fördert, diese Strategien sind erlernbare Verhaltensmuster und können gefördert werden. Folgende Methoden wurden für das Selbstpflege Programm für Pflegefachpersonen benutzt.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Resilienz -Interventionen, um Stress zu reduzieren -Resilienz fördern. <p>Ziel und Zweck der Studie: Ein Psycho-edukatives Programm entwickeln und beurteilen, welches Pflegefachpersonen im sehr stressigen Alltag sowie im persönlichen Stressmanagement unterstützt. Es nimmt Bezug auf angepasste Bewältigungsstrategien. Der Theoretische Hintergrund basiert auf dem Stress-Modell von Lazarus (Lazarus & Folkman, 1984 zitiert in Kravits et al. 2010) und dem Transtheoretischen Modell von Prochaska & Norcross (Prochaska & Norcross 2001, zitiert nach Kravits et al., 2010).</p>	<p>Neu angestellte registrierte Pflegefachpersonen, neu Promovierte und registrierte Pflegefachpersonen aus einer Gemeinde. Im zweiten Studienjahr wurden auch Gesundheitspersonal miteingeschlossen.</p> <p>Ethik Das Institutional Review Board prüfte und genehmigte die Studie. Alle Teilnehmenden unterschrieben eine Einverständniserklärung. Die Teilnehmenden wurden über Risiken und Vorteile bezüglich Studienteilnahme informiert. Die Anonymität der Personen wurde gewährleistet, indem der Projektleiter und deren Mitarbeiter den Raum verließen. Alle Materialien wurden blind kodiert.</p> <p>Datenerhebung Der Maslach Burnout Inventory (MBI) Fragebogens gibt Auskunft über Burnout-Risiko vor und nach der Schulung, sowie den Zeichenunterricht (Draw-a-Person-in-the-Rain Art Assessment (PIR) (Zeichne eine Person im Regen) und der Erstellung eines Wellnessplanes.</p> <p>Messverfahren MBI Fragebogen mit drei Komponenten des Burnout Syndroms EE; DP; PA Dieser Bogen enthält 22 Items, jedes Item enthält eine Skala von 0 bis 6. Es ist eine quantitative Messung, die reliable und valide ist.</p> <p>Zeichne eine Person im Regen ist eine Technik (PIR), die beabsichtigt das Muster zwischen Stressoren und deren Bewältigung von den Teilnehmenden aufzudecken.</p> <p>Wellnessplan Der personalisierte Wellnessplan dokumentiert a) Absichten und b) Bewältigungsstrategien, die jeder Teilnehmende hat, in Bezug auf seine positive Selbstpflege. Diese Pläne werden im zweiten Jahr der Studie eingesetzt. Insgesamt wurden 145 Pläne verwendet zur qualitativen Inhaltsanalyse anhand eines Codierungs-Schemas. Die Entwurfsplanung nutzte folgende Bereiche: emotionale, physische, kognitive, spirituelle und soziale.</p>	<p>Alle drei Kriterien für ein Burnout, das wäre ein hoher EE Score, ein hoher DP Score und ein tiefer PA Score erreichten 4%. Nach der Durchführung der Interventionen hatte kein Teilnehmer mehr alle drei Kriterien eines Burnouts.</p> <p>Unterschiede zwischen den Antworten des umfassenden Krebszentrumangestellten und solchen der Gemeindeggesundheitsversorgerinnen wurden nur gefunden in Punkte von PA. (Durchschnittswert = 35.5 vs. 38.7; $p < .000$). Die Pearson Korrelation ist tief bei 0.14 bis 0.17. PIR- Technik Kriterien für ein tiefes Stresslevel: 57% aller Teilnehmenden. 10% gaben ein moderates und 32% gaben ein hohes Stresslevel an. 39% aller Zeichnungen enthielten eine Intensivierung wie beispielsweise Wolken.</p> <p>Die Selbstpflege Strategien wurden unterteilt in fünf Kategorien und waren ein Teil des Wellnessplans.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Physisch (Yoga, Stretching, Biken, Joggen) - Emotional (Tiefenatmung, mit Freunden austauschen, Hobbys) - Spirituell (Beten, Kirche, Meditation) - Kognitiv, mental (Bestätigung, Lesen, Lernen) - Sozial (Familien, Freunde, Aktivitäten) 	<p>Teilnehmenden, um langanhaltende Interventionen zu generieren. Für weiterführende Studien wäre es angebracht diese psycho-edukative Intervention an Personen zu testen, die ein Burnout haben, oder die in einer Burnout Therapie sind, oder solche bei denen die Gefahr eines Burnout Rückfalls besteht.</p>
--	---	---	--

	<p>Intention Statement ergab: 333</p> <p>Durchführung Das sechsstündige Programm wurde zweimal im Monat in Südkalifornien in einem Tumorzentrum durchgeführt. Dreimal im Verlauf des Kurses ausserhalb des Zentrums.</p> <p>Datenanalyse Daten wurden kodiert, ins SPSS transferiert und verifiziert. Deskriptive Analysen wurden benutzt, um die Stichprobe zu beschreiben. Gepaarter Stichproben t- Test wurden angewendet, um Resultate vor und nach der Intervention zu generieren. MBI Fragebogen diente als Grundlage für die quantitative Datenerhebung. Der Cronbach's Coefficient Alpha Wert diente zur Bestimmung der internen Konsistenz der Skalen. Pearsons Korrelation Koeffizient wurde verwendet, um die Beziehung zwischen den demographischen Variablen und den MBI Subskalen zu überprüfen.</p>		
--	---	--	--

Quelle: Mahon, M. A., Mee, L., Brett, D. & Dowling, M. (2017). Nurses' perceived stress and compassion following a mindfulness meditation and self compassion training. *Journal of Research in Nursing*, 22(8), 572–583. doi:10.1177/1744987117721596

Land: Irland

Zusammenfassung der Studie:

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Pflegende erleben hohen Stress in ihrer Arbeitswelt (Royal College of Nursing, 2006, zitiert nach Mahon et al., 2017). Selbstpflegestrategien sind erforderlich, um Resilienz zu bilden (Yoder, 2010) zitiert nach Mahon et al., 2017). Der Stress entsteht unter anderem aus den folgenden Faktoren:</p> <p>Konflikte mit Ärzten oder Angehörigen (Angland et al., 2014; Chang et al., 2007 zitiert nach Mahon et al., 2017) sowie Rollenwechsel und –Unklarheit (Castledine, 1998; Su et al., 2009, zitiert nach Mahon et al., 2017). Kürzlich fand eine irische Studie folgende Stressoren heraus: Umstrukturierung im Gesundheitsbereich (Donnelly, 2014, zitiert nach Mahon et al., 2017).</p> <p>Burnout kann entstehen durch das Ausgesetzt sein gegenüber persönlichen und emotionalen Stressoren (Garcia-Izquierdo & Rios- Riquez, 2012, zitiert nach Mahon et al., 2017).</p> <p>Mitgefühlsmüdigkeit (Compassion Fatigue) ist eine Kombination von sekundärem traumatischem Stress und Burnout. Eine sekundäre Traumatisierung entsteht während der Betreuung von direkt traumatisierten Personen. Im Gegensatz zu Burnout, kann der Start dieser Erschöpfung plötzlich sein, als Reaktion gegenüber dem Ausgesetzt sein von zerstörerischen Krankheiten oder Trauma (Valent, 2002, zitiert nach Mahon et al., 2017).</p> <p>Stress, Burnout und Mitgefühlsmüdigkeit haben einen negativen Einfluss auf die Ausübung der Pflege und das Umfeld (Wakim, 2014, zitiert nach Mahon et al., 2017).</p> <p>Gute Selbstpflege- Strategien senken das Stressniveau und die Belastung von Pflegefachpersonen (Merluzzi et al., 2011 zitiert nach Mahon et al., 2017). Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR) tauchte als Therapie erstmals im 1979 auf und wurde von Jon Kabatt- Zinn entwickelt.</p> <p>Dieses Programm fokussiert sich auf Unterricht und praktisches Training, um das physische und psychische Wohlbefinden zu fördern (Kabatt- Zinn, 1990, zitiert nach Mahon et al., 2017), wobei der Schwerpunkt auf dem Selbstmitgefühl liegt. Dies verhilft Pflegenden um ihnen zu mehr Selbstpflege zu verhelfen und dadurch mehr präsent, sowie einfühlsam mit den Patienten zu sein.</p>	<p>Sample und Setting</p> <p>Eine nicht- randomisierte zweckmässige Stichprobe wurde verwendet. Alle registrierten Pflegefachpersonen, welche in drei Universitätsspitalen arbeiteten, wurden eingeladen an der Achtsamkeitstraining- Intervention teilzunehmen. Pflegefachpersonen, welche schon Erfahrungen hatten in diesem Gebiet wurden ausgeschlossen. Die drei Spitäler befinden sich in West- Irland.</p> <p>Die Intervention dauerte im Spital 1 und 3 acht- und im Spital 2 sechs Wochen (aufgrund lokaler Vereinbarung). Der Unterschied bei sechs Wochen war, dass weniger Zeit für Selbstmitgefühl aufgewendet wurde.</p> <p>Die Intervention fand jede Woche abends statt, nach Schichtende und dauerte zwei Stunden.</p> <p>Die ethische Zustimmung erfolgte durch die jeweiligen Ethikkomitees der Spitäler.</p> <p>Studien- Fragebogen</p> <p>Beinhaltet zwei Skalen sowie einen demographischen Fragebogen.</p> <p>Perceived Stress Scale (PSS) ist ein valider und reliabler Fragebogen mit 10 Items, wobei sich jede Frage in fünf Stufen unterteilen lässt. Cronbachs Alpha ergab vor 0.79 und nach der Intervention 0.74 Punkte.</p> <p>Die Compassion Scale (CS) hat 24 Fragen einer Einschätzungsskala und beurteilt drei Aspekte wie Entgegenkommen versus Gleichgültigkeit, helfendes Miteinander versus Separation, Achtsamkeit versus Ablösen (Pommier, 2011) Die Skala hat einen Cronbachs alpha von 0.90</p> <p>Durchführung Am ersten Tag der Intervention füllten alle Teilnehmenden den Fragebogen aus. Die Anonymität wurde sichergestellt. Nach der letzten Achtsamkeits- Lektion wurden die Teilnehmenden angefragt den Fragebogen auszufüllen. Die Forscher waren nicht im direkten Kontakt mit den</p>	<p>Alle 90 Teilnehmenden füllten den ersten Fragebogen aus. Ein zweiter Fragebogen nach Interventionsdurchführung wurde nur von 64 retourniert, aufgrund nicht erscheinen an der letzten Achtsamkeitsmeditationssession.</p> <p>Die Studienstichprobe lag bei 90 Pflegefachpersonen (89 Frauen und 1 Mann). Durchschnittsalter: 44.16 Jahre. (SD= 8.26). Min: 24- und Max: 62 Jahre n: 71= Pflegefachpersonen n: 4: klinische Fachspezialisten oder APN n: 12 Pflegeleitungsdienste n: 3 Hebammen</p> <p>Ausgangslage: PS Wert für die gesamte Stichprobe lag bei 21.57.</p> <p>Eine Einweg- ANOVA zeigte einen signifikanten Unterschied zwischen dem PS Resultaten unter den drei Spitälern ($p= 0.004$). Spital 1: Mittelwert (M): 24.33 Spital 2: (M): 21.93 Spital 3: (M): 20.16 Speziell gab es einen Unterschied zwischen Spital 2 und 3 bei $p= 0.038$. Vor Beginn der Intervention gab es im Punkt Mitgefühl keinen signifikanten Unterschied zwischen den drei Spitälern ($p= 0.106$).</p>	<p>Vor der Intervention war der PS Wert relativ hoch bei 21.57.</p> <p>Im Vergleich liegt der Wert für PS zwischen 11.9 und 14.2 (Cohen, Kamare & Mermelstein 1983, zitiert nach Mahon et al., 2017).</p> <p>Nach der Intervention zeigten sich einen signifikanten Rückgang der PS Werte. Dieses Phänomen zeigte sich bereits bei einer acht Wöchigen MBSR Intervention (Shapiro, Astin & Bishop, 2005 zitiert nach Mahon et al., 2017).</p> <p>Zu Beginn war der Durchschnittswert für CS bei 92.57, und stieg nach der Intervention auf 98.89 an. Der Anstieg war aber nur für ein Spital signifikant.</p> <p>Der Wert der Achtsamkeit stieg von 15.31 auf 16.85 an, damit sind die Resultate ebenfalls signifikant. Weitere Studien zeigten ähnliche Effekte von Achtsamkeits- Programmen.</p> <p>Eine Herausforderung ist die richtige Zeitdauer der Intervention zu bestimmen in Betracht auf die Schichtarbeit und die Arbeitspläne.</p> <p>Zudem wäre ein Mix- Method Design hilfreich um Einzel- oder Fokusgruppeninterviews durchführen zu können.</p> <p>Limitationen</p> <p>Die Stichprobe war nicht randomisiert und es gab keine Kontrollgruppe.</p> <p>Zudem ist der alleinige Gebrauch von Selbsteinschätzung Fragebögen für die Datensammlung nicht geeignet (McGee, Bagby, Goodwin, 2016, zitiert nach Mahon et al. 2017).</p> <p>Pflegefachpersonen teilen eventuell nicht das Fehlen von Mitgefühl mit. Weiter ist es ein sehr komplexes System und kann schwierig präzise bestimmt</p>

<p>Ziel: Diese Pilotstudie benutzte ein quasi- experimentelles Design, pre- Test/ post- Test und untersuchte, ob Achtsamkeitstraining ein Effekt auf das Stresslevel und Mitgefühl von Pflegefachpersonen hat.</p>	<p>Teilnehmenden und nicht involviert in der Datensammlung.</p> <p>Analyse SPSS Version wurde benutzt für die Datenanalyse. Das Signifikanzniveau wurde auf $p < 0.05$ gesetzt, um zu sehen ob die Daten signifikant sind. Alle Daten waren normalverteilt mit Werten zwischen Minus 2 und Plus 2.</p> <p>Der zwei Stichproben T- Test für abhängige Stichproben wurde verwendet um den Unterschied zu testen, aufgrund der Normalverteilung der Daten. Ein Chi- Square- Test für die Untersuchung und das Vergleichen der Unterschiede unter demographischen Variablen zwischen Teilnehmern in Spital 1,2, und 3.</p> <p>ANOVA wurde verwendet um Unterschiede zwischen Vor- und Nachtest- der Resultate sowie zum Untersuchen welche Auswirkungen die Intervention erbracht hat.</p>	<p>Vor der Intervention im Punkt perceived stress gab es signifikante Unterschiede zwischen den drei Spitälern. Zwischen 2 und 3 ($p=0.004$) Zwischen 1 und 3 ($p=0.008$) Eine gemischte ANOVA wurde durchgeführt zum Bestimmen von bedeutsamen Änderungen in den PS Resultaten in Bezug auf Lokalisation und Zeit.</p> <p>Es ergab sich ein Haupt- Effekt von Zeit ($p < 0.001$). Bei der Lokalisation zeigte sich kein signifikanter Unterschied ($P=0.086$).</p> <p>Um Fehler zu korrigieren wurde der Bonferroni t- Test benutzt.</p> <p>Die Auswertung der PS- Ergebnisse zeigen einen Abfall von 21.57 auf 13.35 ($SD=5.12$) der Werte. Kein signifikanter Zusammenhang zwischen Zeit und Umgebungs- Interaktion ($p=0.701$).</p> <p>Im CS sind folgende Werte der Teilnehmenden nach der Intervention bedeutend angestiegen:</p> <p>Entgegenkommen: 16.53 auf 17.20 ($p=0.042$)</p> <p>Achtsamkeit: 15.31 auf 16.85 ($p < 0.001$)</p> <p>Im CS sind folgende Werte der Teilnehmenden nach der Intervention bedeutend gesunken:</p> <p>Gleichgültigkeit: 8.78 nach 7.34 ($p=0.001$)</p> <p>Separation: 9.29 nach 7.93 ($p=0.006$)</p> <p>Ablösung: 8.84 nach 7.39 ($p < 0.001$)</p>	<p>werden (Zeng, Wie & Oei, 2016 zitiert nach Mahon et al. 2017).</p> <p>Ein Fragebogen, der qualitative Elementen enthält wäre als zusätzliches Instrument sinnvoll gewesen.</p> <p>Da die Stichprobe selbst frei gewählt wurde, kann nicht ausgeschlossen werden, dass nur Personen, die sehr interessiert an Achtsamkeitstraining waren, teilgenommen haben.</p> <p>Zudem mussten die Teilnehmenden selber einen Beitrag an die Kosten entrichten, dies könnte die Ergebnisse zusätzlich beeinflusst haben.</p> <p>Weiter hinderte der Zeitaufwand einen Teil daran, an allen Interventionen teilzunehmen.</p> <p>Schlussfolgerung</p> <p>Die Häufigkeit von hohen PS Werten vor der Intervention zeigt auf wie wichtig es ist das Selbstpflegeverhalten unter Pflegefachpersonen zu stärken. Diese Studie erkennt das Potential des Achtsamkeitstrainings dessen Fähigkeit zur Stressreduktion.</p> <p>Deshalb sollten Gesundheitsinstitutionen in Betracht ziehen, solche Interventionen für ihre Mitarbeitenden anzubieten.</p> <p>Die Studie zeigte, dass die Motivation der Pflegefachpersonen nach einer Arbeitsschicht vorhanden ist, sich Fähigkeiten bezüglich Achtsamkeit anzueignen.</p>
---	---	---	---

		<p>Die Punkte helfendes Miteinander: ($p=0.884$), sowie die waren hingegen nicht signifikant.</p> <p>Keine Unterschiede zwischen dem acht und sechs wöchigen Kurs.</p>	
--	--	---	--

Quelle: Manomenidis, G., Panagopoulou, E. & Montgomery, A. (2016). The 'switch on-switch off model': Strategies used by nurses to mentally prepare and disengage from work. *International Journal of Nursing Practice*, 22(4), 356–363. doi:[10.1111/ijn.12443](https://doi.org/10.1111/ijn.12443)

Land: Griechenland

Zusammenfassung der Studie:

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Die Pflegefachpersonen sind konfrontiert mit hohen arbeitsbedingten Stresslevel und Burnout in Verbindung mit Gesundheitsproblemen.</p> <p>Faktoren, die mit Stress und Burnout verbunden sind vielfältig und multifaktoriell eine hohe Arbeitsbelastung und Arbeitsunzufriedenheit, unzureichende Personalausstattung, fehlende soziale Unterstützung bei der Arbeit und persönliche Merkmale. Zudem führt Stress auf der Arbeit zu Fernbleiben und Fluktuation, Patientenunzufriedenheit und Behandlungsfehlern.</p> <p>Es gibt grob eingeteilt zwei Kategorien, wie Pflegefachpersonen mit dem anfallenden Stress umgehen. Einerseits gibt es Strategien zur ersten Kategorie, die während der Arbeit angewendet werden und andererseits gibt es Strategien in der zweiten Kategorie, die während der Freizeit helfen. In der ersten Kategorie werden z.B. kurze Pausen, Humor, Rauchen, Klatsch, Beten oder Meditation genannt.</p> <p>Die zweite Kategorie beschreibt Strategien wie, Bewegung, Aktivitäten in der Natur, Trinken, Suchen nach sozialer Unterstützung und Erfahrungen gemeinsam teilen mit Anderen.</p> <p>Der Bedarf an mentaler Vorbereitung auf den stressigen Spitalalltag ist ein Bedürfnis für Pflegefachpersonen, die in Schichtarbeit tätig sind. Obwohl es Evidenz zu mentaler Vorbereitung und Sporttätigkeiten gibt, ist wenig bekannt zu diesem Gebiet in hoch anspruchsvollen Berufen wie Medizin oder der Pflege.</p> <p>Zum Beispiel haben Strategien, die die Psyche verbessern, gezeigt, dass sich die sportliche Leistung erhöht.</p> <p>Es ist deshalb relevant zu entdecken, inwiefern der kognitive Prozess beteiligt ist in der Vorbereitung vom Arbeitsbeginn und, ob es einen Einfluss hat auf Burnout und das Wohlbefinden der Pflegefachpersonen.</p> <p>Ergänzend dazu ist es wichtig, jeden Tag eine gewisse Distanz von der Arbeit zu haben, dabei ist das einfache Entfernen vom Arbeitsort nicht genug.</p>	<p>Design</p> <p>Um das Phänomen switch on/switch off zu verstehen ist es angemessen, eine Untersuchung von Pflegefachpersonen mit Hilfe von Interviews und Beobachtungen durchzuführen. Weil es ein neues Konzept ist wurde als geeigneter Ansatz ein induktives, deskriptives qualitatives Design gewählt mit Durchführung von halbstrukturierten Interviews. In einer ersten Phase von der Untersuchung eines neuen Konzeptes ist es angebracht einen Forschungsansatz zu verwenden, welcher erlaubt das Phänomen im Detail zu entdecken. Diese vorgängige Arbeit ist erforderlich, bevor ein quantitativer Ansatz gemacht werden kann.</p> <p>Stichprobe</p> <p>Alle Teilnehmenden stammen aus einem allgemeinen Spital in Griechenland. Ein Poster, welche die Studie beschrieb, wurde auf allen verschiedenen Stationen aufgehängt. Pflegefachpersonen, die sich interessieren, konnten den zweiten Autor kontaktieren und erhielten so mehr Informationen über die Studie. Einschlusskriterien: Pflegefachpersonen, die im Schichtdienst tätig waren mit mindestens einem Jahr Berufserfahrung und eine Festanstellung hatten. Eine Sättigung der Daten wurde erreicht mit der Stichprobe.</p> <p>Die endgültige Stichprobe enthielt elf Pflegefachpersonen, davon waren sieben Frauen und vier Männer, zwischen 34 und 47 Jahren, die hatten im Durchschnitt eine Arbeitserfahrung von 14 Jahren.</p> <p>Datensammlung</p> <p>Die Datensammlung erfolgte im März bis April 2014. Eine Tonaufnahme von den 25-30 Minuten halbstrukturierten Interviews, welche durch den ersten Autor durchgeführt wurden, fanden in einem privaten Gebäude im Spital statt. Allen Teilnehmenden wurden die gleichen zwei Fragen gestellt.</p> <p>Was tun Sie, unmittelbar bevor sie ihre Arbeitsschicht beginnen (Aktivitäten, Verhalten), um sich mental auf ihre Schicht vorzubereiten?</p> <p>Was tun Sie, unmittelbar nach ihrer Arbeitsschicht (Aktivitäten, Verhalten), um sich mental von ihrer Schicht zu lösen?</p>	<p>Diese fünf nachfolgenden Strategien wendeten Pflegefachpersonen an, um sich auf die Arbeit vorzubereiten oder sich abzulösen.</p> <p>-Thema 1 verwöhnen/ persönliche Pflege</p> <p>Der Gebrauch von Deo, Make-up und duschen. Sie wählten diese Strategie, weil sie angenehm riechen wollten oder es verlieh Energie. Drei Männer und sechs Frauen beschrieben diese Strategie.</p> <p>Sechs Frauen beschrieben das Tragen von Make-up als Strategie, damit sie sich selbst zufrieden zu sein und sich hübsch und attraktiv zu fühlen. Für drei Frauen war es sehr wichtig, die Arbeitsschicht mit einer Dusche zu beginnen, um das Energielevel zu erhöhen.</p> <p>-Thema 2 Religiöse Rituale</p> <p>Zwei Männer und eine Frau betonten das ihnen religiöse Rituale halfen Unerwartetes zu bewältigen.</p> <p>Thema 3 Nikotin/ Kaffee</p> <p>Alle Raucher starteten den Tag mit einer Zigarette, um die Stimmung zu verbessern. Vor allem in Kombination mit Kaffee und Austausch unter Kollegen.</p> <p>Thema 4 soziale Interaktion</p> <p>Die Hälfte der Männer und jede Frau bestätigten, dass der soziale Austausch ihnen half und die</p>	<p>Die Ergebnisse zeigten, dass Pflegefachpersonen spezifische Strategien anwendeten zur mentalen Vorbereitung zu Beginn der Arbeit, wie auch Strategien, um sich am Ende der Schicht abzulösen.</p> <p>Für einige Pflegefachpersonen war ein angenehmer Duft ein Energiekick vor Arbeitsbeginn, diente aber auch gegen Ende der Schicht zur Erholung. Parfüm stand direkt mit unseren Emotionen in Verbindung und konnte die Stimmung verbessern.</p> <p>Weitere Studien belegten, dass Geruchstimulation einen signifikanten Einfluss auf Stress hatten und konnten diesem entgegenwirken.</p> <p>Das Erscheinungsbild spielte eine wichtige Rolle in der psychischen Verfassung und stand eng im Zusammenhang mit dem Körperbild, Selbstvertrauen und Selbstwertgefühl. Vor allem bei Frauen, die das Selbstwertgefühl durch positive Interaktionen gewannen.</p> <p>Eine weitere Strategie, die sich auf die persönliche Pflege bezog, war das Duschen oder das Tragen von Make-up. Eine mögliche Erklärung dafür war, dass Duschen eine aufweckende Art hatte und Wasser den Körper regenerieren konnte und somit der Stress verschwand.</p> <p>Ebenfalls konnten religiöse Rituale helfen zur Vorbereitung auf die Arbeit, wie auch beim Ablösen. Eine Studie zeigte, dass Pflegefachpersonen mit religiösen Bewältigungsstrategien Stress besser bewältigen können. Das Bedürfnis Kaffee zu trinken und zu Rauchen kann folgendermassen erklärt werden. Beide Substanzen wirken stimulierend und angstlösend. Pflegefachpersonen zogen es vor den Kaffee auf der Arbeit zu trinken, anstatt zu Hause, weil sie sich dann mit Arbeitskollegen austauschen konnten.</p>

<p>Die Fähigkeit einer psychologischen Trennung von der Arbeit, bevor die Tätigkeiten nach der Arbeit beginnen ist sehr wichtig.</p> <p>Wenig überraschenderweise steht Schichtarbeit eng in Verbindung mit ungenügender psychologischer Trennung und inadäquater Erholung nach der Arbeit. Bisher erforschten Studien den Effekt der Bewältigungsstrategie von kleinen Pausen während der Arbeit und in der Freizeit zur Erholung.</p> <p>Die Erholung während kleinen Pausen gelingt nicht immer, weil es zu einer Kumulation von Stress kommt nach der Pause, oder die Pausen können aufgrund der Bedürfnisse der Patienten nicht wahrgenommen werden.</p> <p>Die Freizeitgestaltung gestaltet sich schwierig, weil die freien Tage nicht immer am Wochenende sind, deshalb sind gemeinsame Tätigkeiten und die Erholung limitiert.</p> <p>Die hohe Anzahl der von Stress und Burnout Betroffenen Pflegefachpersonen in Verbindung mit individuellen Konsequenzen für die Betroffenen selber und die Patientensicherheit, zeigt die Notwendigkeit auf für das Entdecken von effektiven Strategien, um diese unter Pflegefachpersonen zu reduzieren.</p> <p>Es gibt evidenzbasierte Strategien, die während der Arbeit oder Freizeit helfen, aber es gibt wenig Informationen zu Strategien, die Pflegefachpersonen, unmittelbar vor der Arbeit (switch on) oder unmittelbar nach der Arbeit (switch off) anwenden.</p> <p>Das Ziel der Studie war das Entdecken verschiedener Typen von Bewältigungsstrategien, die angewendet werden von Pflegefachpersonen, um sich mental auf eine Arbeitsschicht vorzubereiten (switch on) und anschliessend im Gegenzug am Ende der Arbeitsschicht wieder abzuschalten (switch off).</p>	<p>Der Interviewer definierte den Zeitraum unmittelbar vor der Arbeit, als Zeitraum, wo das Haus verlassen wird und die Arbeit begonnen wird.</p> <p>Der Zeitraum unmittelbar nach der Arbeit wurde definiert als zwischen dem Ende der Schicht und nach Hause kommen oder einer anderen Freizeitaktivität nachgehen.</p> <p>Ethikkommission</p> <p>Eine Zustimmung des Forschungskomitees des Spitäles erfolgte. Nachdem die interessierten Pflegefachpersonen Informationen zur Studie erhielten, und sie zu den Einschlusskriterien passten, unterschrieben sie eine Einverständniserklärung. Die Teilnahme war freiwillig und die Daten wurden vertraulich behandelt. Sie wurden über ihr Recht, jederzeit von der Studie zurücktreten zu können informiert.</p> <p>Datenanalyse</p> <p>Alle Tonbänder wurden transkribiert. Für die Datenanalyse führten die Forscher eine qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring durch.</p> <p>Dieses Modell beinhaltet drei klare analytische Schritte: Zusammenfassung, Erklärung und Gliederung.</p> <p>Im ersten Schritt las der Forscher, alle Texte sorgfältig und wiederholend durch, um das gesamte Phänomen zu verstehen.</p> <p>Beim wiederholten Lesen identifizierte er die Schlüsselpunkte. Mit Hilfe der Liste dieser Schlüsselpunkte kam es zur Gliederung in Kategorien, der genannten Strategien. Im letzten Schritt, wurden die aufkommenden Themen mit den Kategorien verglichen. Die Kategorien und die Themen wurden verglichen und am Ende gab es eigene passend gewählte Überbittel.</p> <p>Um eine mögliche Interpretation zu vermindern führten zwei Forscher diesen Schritt durch und einigten sich zusammen auf die ausgewählten Themen.</p> <p>Die Transkription der Schlussfolgerung und der Methode wurde von zwei unabhängigen Kollegen gelesen. Durch dieses Feedback verbesserte sich die Reliabilität und die Möglichkeit das die Expertise der Forscher die Forschungsergebnisse beeinflusste beschränkte sich.</p>	<p>Atmosphäre verbesserten. Humor war erwähnt, dieser half den Stress besser zu bewältigen.</p> <p>Thema 5 Musik hören</p> <p>Fünf Frauen und alle Männer, die gerne Musik hörten half es einerseits vor der Arbeit Energie zu sammeln und andererseits am Ende der Schicht als Erholung.</p> <p>Dieselben Strategien zeigten unterschiedliche Wirkungen. Am Beispiel der Musik lässt sich dies zeigen. Zu Beginn verlieh es Energie und am Ende der Schicht half es zur Erholung. In beiden Fällen war die Lautstärke sehr laut gewählt.</p> <p>Ebenfalls half das Beten vor der Schicht, um sich auf unerwartete Ereignisse einzustellen, oder am Ende der Schicht half es sich von der Arbeit abzulösen.</p> <p>Alle anderen beschriebenen Strategien dienten auch zu unterschiedlichen Zwecken, entweder für Energiebereitstellung oder Erholung.</p>	<p>Der soziale Austausch wurde vor der Arbeit als angenehmer Einstieg gesehen und konnte nach der Arbeit helfen, sich zu erholen. Beim sozialen Austausch wurde die Wichtigkeit des Humors betont.</p> <p>Musik wurde als Technik zur Energiegewinnung, wie auch zur Erholung beschrieben. Die Unterschiede in der Anwendung der Strategien liessen sich gut erklären mit dem switch on – switch off Modell.</p> <p>Dieses Modell zeigte zwei Wege, einerseits gab es Aufschluss über Strategien der mentalen Vorbereitung auf eine Schicht, wie auch Strategien zur mentalen Ablösung der Schicht.</p> <p>Falls die Strategien (switch on) erfolgreich sind, verhilft es zu einer verbesserten Leistung und Professionalität.</p> <p>Fehlende switch on Strategien führen zu erhöhtem Stresslevel, reduzierter Leistung und Fehler.</p> <p>Auf der anderen Seite helfen effektive Switch off Strategien zu einer verbesserten Gesundheit und gezielte Erholung. Die Folgen von ineffektiven Switch off Strategien führen zu Burnout, Kranksein und erhöhtem Level von Stress und führen zu Grübeln.</p>
--	---	--	--

Quelle: Pereira, S. & Carvalho, A. S. (2012). Burnout in nurses working in Portuguese palliative care teams: a mixed methods study. *International Journal of Palliative Nursing*, 18(8), 373–381.

doi:10.12968/ijpn.2012.18.8.373

Land: Portugal

Zusammenfassung der Studie:

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Palliative Pflege hat das Ziel die Lebensqualität der Patienten/Innen zu verbessern, sowie deren Leiden zu verringern, sowie die Angehörigen während dem Sterbeprozess bis hin zum Tod zu unterstützen. Obwohl laut ICN and the Ordem dos Enfermeiros (OE) (2010) (zitiert nach Pereira et al., 2012), die Arbeit in der palliativen Pflege sehr erfüllend sein kann, ist sie auch belastend: Regelmässige Auseinandersetzungen mit Leiden, Verletzlichkeit und häufige Auseinandersetzungen mit ethischen Konflikten. Dies führt dazu das dieses Setting sehr anspruchsvoll ist.</p> <p>Was sind die Auswirkungen davon auf die Profession, sowie auf die Person selber? Was gibt es für Konsequenzen dieser Auseinandersetzung für die Beziehungen zwischen der Pflegefachperson und ihren Patienten sowie den Angehörigen? Stellt die Palliative Care die Pflegenden vor ein Burnout Risiko?</p> <p>Diese Studie berichtet über Burnout Syndrom unter Pflegefachpersonen bei Palliative Care Teams in Portugal. Risikofaktoren und Schutzfaktoren, präventive Strategien und der emotionale Einfluss der Arbeit wurden alle beachtet.</p> <p>Hintergrund: Burnout wurde zuerst beschrieben von Herbert Freudenberger (1974), als ein Phänomen welches charakterisiert ist durch Ein Status von Müdigkeit oder Frustration, verursacht durch ein Engagement für eine Sache, welche nicht die Erwartungen erfüllt. Die Folge sind ein Identitätsverlust und ein Gefühl der Leere.</p> <p>Die ersten Referenzen zu Burnout in Palliative Care wurden im Jahre 1970 gemacht</p>	<p>Methode: Es wurde eine Mixed- Method verwendet wobei sowohl quantitative als auch qualitative Datensammlungsmethoden angewendet wurden.</p> <p>Ein verstärkter Fokus lag auf der qualitativen Dimension, denn die Absicht der Forscher bestand darin ein Verständnis zu entwickeln für das Burnout- Syndrom unter Pflegefachpersonen. Anhand theoretischem und durch Daten gestütztes Wissen identifizierten, beschrieben, erklärten und verstanden sie Faktoren, welche assoziiert sind mit Burnout Entwicklung- oder deren Vermeidung.</p> <p>Teilnehmer: Stichprobe von Palliative Pflege Teams. In September 2008, der Webseite von Portuguese Association for Palliative Care) listet 15 verschiedene Palliative Care Teams auf. Jedes davon wurde befragt, an der Studie teilzunehmen, 9 davon antworteten positiv. Danach nahm einer der Forschenden in einem Team-Meeting Teil mit jedem der 9 Teams um das Projekt zu präsentieren sowie das methodologische Vorgehen zu klären.</p> <p>Datensammlung und –analyse: In den jeweiligen Meetings wurde ein quantitativer Fragebogen verteilt an alle potentiellen Mitglieder zum Ausfüllen und in einem anonymen Couvert zurückzugeben zum Einsammeln durch den Forscher. Dazu wurde der Maslach Burnout Inventory (MBI) Fragebogen verwendet. Dieser enthält eine Likert Skala aus 22 Items, welcher die emotionale Erschöpfung (EE), Depersonalisierung (DP) und persönliche sowie professionelle Leistung einstuft. Die ausgefüllten Fragebogen wurden durch das Programm SPSS in einer deskriptiven Weise analysiert.</p> <p>Im Detail: Halbstrukturierte Interviews wurden durchgeführt mit mindestens einer Pflegefachperson von jedem der neun palliativen</p>	<p>Der MBI wurde an 118 Pflegefachpersonen in den 9 teilnehmenden Palliative Care Teams verteilt. 73 komplette Bestände wurden retourniert (62%). Die Stichprobe war soziodemografisch unterschiedlich.</p> <p>Burnout Levels:</p> <p>Der MBI wurde verwendet, indem der Durchschnittswert ausgerechnet wurde für jeden dieser drei Dimensionen von Maslach und Leiter (1997). Die durchschnittliche emotionale Erschöpfung der Pflegefachpersonen lag bei: 19.63, für Depersonalisierung bei 4.59, für die persönliche und professionelle Leistungsfähigkeit lag der durchschnittliche Wert bei 36.06.</p> <p>Die MBI Einstufungs- Punkte von wurden benutzt, um die Burnout Levels der Pflegefachpersonen zu bestimmen (Benevides-Pereira, 2008, zitiert nach Pereira et al., 2012)</p> <p>Nach diesen zeigten sich durchschnittliche Punkte für alle dieser drei Burnout Dimensionen.</p> <p>Mit Hilfe des MBI ist es möglich zu bestimmen, dass eine Person mit einem gleichzeitigen hohen Level in allen drei Dimensionen, ein Burnout hat. Andere Klassifikationen können betrachtet werden für dazwischenliegende Resultate (z.B. 2 von 3 Burnout Dimensionen hinter dem Cut Off Punkt) zeigen ein mittleres Risiko an.</p> <p>Gemäss diesem Schema, zeigten die Werte der Teilnehmenden dieser Studie ein tiefes Risiko für eine Burnout Entwicklung auf.</p>	<p>Die Auswertung des MBI von Maslach und Leiter (1997) und Anwendung der Einstufungspunkte von Benevides- Pereira (2008) zeigten als Resultate ein tiefes Risiko für Burnout Entwicklung. Asai et al. (2007) (zitiert nach Pereira et al., 2012) unterstützen diese Ergebnisse, welche ebenfalls besagt, dass Mitarbeitende in der palliativen Pflege ein tieferes Burnout Level erleben, als Pflegefachpersonen in einem anderen Arbeitsbereich.</p> <p>Widersprüchlich dazu zeigte eine andere Studie in Spanien jedoch, dass Pflegefachpersonen im Palliative Care Setting ein ähnliches Burnout Level haben wie in anderen Bereichen (Garcia et al. 2010 zitiert nach Pereira et al. 2012)</p> <p>Die Beobachtungen und Interviews erlaubten die Identifikation von Burnout Risiko Faktoren und die meist genannten Risikofaktoren hingen zusammen mit Organisationsproblemen, nämlich Arbeitsüberlastung.</p> <p>Dies bezeichneten ebenfalls als einen der Hauptrisikofaktoren für Burnout Entwicklung (SFAP, 2000, Caix-Simons, 2006, zitiert nach Pereira et al., 2012)</p> <p>Die Komplexität der palliativen Pflegepraxis ist ebenfalls eine wichtige Betrachtung, speziell, weil Desorganisation als weiterer Burnout Risikofaktor genannt wurde.</p> <p>Schwierigkeiten mit Angehörigen oder mit dem Team sind ein weiterer Risikofaktor und werden von den Pflegefachpersonen als emotional belastend und stressig beschrieben.</p> <p>Weiter gelten steigende Ansprüche von Patienten und ihren Angehörigen, sowie das Aufnehmen von Trauer ebenfalls als belastend (Twycross, 2003, zitiert nach Pereira et al., 2012).</p> <p>Die Interviews und Beobachtungen erlaubten auch die Erkennung von schützenden Faktoren. Eine davon war die Etablierung von einer</p>

<p>durch Vachon (2006). Nach Vachon (2006) bezieht sich der Hauptunterschied zwischen Burnout und Mitgefühlsmüdigkeit auf die Fähigkeit der Person sich auf andere Menschen einzulassen</p> <p>Pflegefachpersonen welche in der palliativen Pflege arbeiten sind beeinflusst durch das Leiden der Patienten. Gemäss der Literatur sind wiederholter Kontakt mit Sterbenden und Tod Risikofaktoren ein Burnout zu entwickeln, vor allem, wenn ineffiziente Bewältigungsstrategien angewendet werden (Claix-Simons, 2006; Delbrouck, 2006; Osswald, 2008; Barbosa, 2010, zitiert nach Pereira et al.2012).</p> <p>Weitere Risikofaktoren für ein Burnout sind: organisatorische Probleme, Arbeitsüberlastung, Kommunikationsprobleme oder Rollenkonflikte sowie finanzielle Probleme (Müller et al., 2010, zitiert nach Pereira et al., 2012) Jedoch hilft paradoxerweise den Pflegefachpersonen das Arbeiten im palliativen Setting, mehr im Jetzt zu Leben und das tägliche Leben zu schätzen. Gefühle von Dankbarkeit und persönlichem Wachstum entstehen (Société Francaise d' Accompagnement et de Soins Palliatifs (SFAP), 2000, zitiert nach Pereira et al.,2012).</p> <p>(Twycross ,2003, zitiert nach Pereira et al., 2012) unterlegt diese Ergebnisse in dem er folgende Punkte heraushebt: Symptomkontrolle, Erlösen von Leiden, Teil eines Teams sein und das tägliche Leben schätzen. Werden diese Werte mehr beachtet kann dies helfen Palliative Care Team Mitglieder zu schützen vor emotionaler Belastung. Es besteht jedoch noch ein Mangel an Studien über Pflegefachpersonen, welche im Palliative Care Setting arbeiten.</p> <p>Ziel der Studie: Das Identifizieren des Burnout Level von Pflegefachpersonen sowie Schutz- und Risikofaktoren zu ermitteln und zu verstehen, wie Portugiesische Palliative Pflegefachpersonen einem Burnout vorbeugen. Zudem wollte der emotionale Einfluss verstanden werden vom Arbeiten im Palliativen Umfeld.</p>	<p>Pflegeteams. Die interviewten Pflegefachpersonen wurden ausgewählt von der Teamchefin- oder Koordinatorin je nach Verfügbarkeit während der Beobachtung und je nach ihren Reflexions- sowie Kommunikationsfähigkeiten. Insgesamt wurden 11 Interviews durchgeführt, tonaufgezeichnet und transkribiert. Die Transkripte wurden dann genau analysiert und thematisch codiert. Nur der leitende Forscher, welcher die Interviews durchgeführt hat, hatte Zugang zu den Identitäten der Teilnehmenden. Beobachtungen wurden miteinbezogen in die Datensammlung, jedoch variierte es je nach Stationsnorm der individuellen Palliative Care Teams und ihren Spezialisierungen in Bezug auf Organisation und Funktion.</p> <p>Mindestens ein Meeting von jedem Team wurde beobachtet.</p> <p>Ein Total von 240 Stunden an Beobachtungen wurden durchgeführt mit Dokumentationen in Tagebüchern, Beobachtungen, Kommentaren oder Dialogen zwischen den Teammitgliedern. Hinzu kamen Ergänzungen, die der Forscher als relevant betrachtet hat. Alle Tagebücher wurden handgeschrieben vor Ort und transkribiert. Sowohl die Interviews, wie auch die Beobachtungstagebücher wurden transkribiert in Qualitative Solutions and Research (QSR) NVivo 9.0 für eine fundierte Inhaltsangabe.</p> <p>Die Datensammlung lief zwischen Oktober 2008 bis September 2009.</p> <p>Die Datenanalyse dauerte von Februar 2009 bis Dezember 2010.</p> <p>Während dieser Zeit wurden die Interview Transkripte für die Validation jedem Teilnehmenden zurückgegeben.</p> <p>Von Oktober 2009 bis Mai 2011 wurden Treffen abgehalten mit sechs der teilnehmenden Teams, um die erhaltenen Resultate zu validieren.</p> <p>Ethik: Die Einwilligung zum Durchführen der Studie erfolgte durch die Direktion und das ethische Komitee der teilnehmenden Gesundheitsinstitutionen, sowie durch jeden Teamleiter- und Koordinator.</p>	<p>Risikofaktoren: Risikofaktoren wurden identifiziert durch die Inhaltsanalyse von den Interviews und Beobachtungen.</p> <p>Vier Faktoren wurden identifiziert: Arbeitsüberlastung, schwierige Beziehungen im Team, Schwierigkeiten im Beziehungsaufbau zu Angehörigen der Patienten und Unordnung.</p> <p>Schützende Faktoren: Diese wurden öfters genannt.</p> <p>Positive Effekte von Pflegeinterventionen, die Gründung von Fürsorgeethik in der Beziehung mit Patienten und ihren Angehörigen (Beziehungen, Vertrauen, Präsenz- (Tab.4)) und die Existenz einer Fürsorgeethik im Team.</p> <p>Aktive Strategien für Burnout Prävention: (Tabelle 5)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gemeinsame Aktivitäten • Teammeetings • Strategien wenn die Patienten sterben (Teamgespräche und Rituale) <p>Emotionaler Einfluss der Arbeit auf der palliativen Abteilung: Die Interviews erlaubten ein verbessertes Verständnis des emotionalen Einflusses der Arbeit in der palliativen Pflege für die teilnehmenden Pflegefachpersonen. Als wichtigste Themen kristallisierten sich die folgenden heraus: Arbeitsbezogene Gefühle sowie die persönliche und professionelle Erfüllung.</p>	<p>Fürsorgeethik in den Beziehungen der Pflegenden zu ihren Patienten und Angehörigen.</p> <p>Als weiterer positiver Faktor wurde der positive Effekt hervorgehoben, welcher eine Pflegeintervention auf das Leben eines Patienten und seine Angehörigen hat.</p> <p>Die Teilnehmenden erwähnten den Aspekt ‚einen Unterschied‘ zu machen. Die Resultate stimmten bestätigten, dass Anerkennung von Patienten und Angehörigen ein Sinn des Gebrauchtfühls vermitteln und als Schutzfaktor gegen Erschöpfung dient (SFAP, 2000, zitiert nach Pereira et al. 2012)</p> <p>Studienlimitationen: Soziodemografische Daten wurden gesammelt, aber sie waren weder Teil der Studienziele, noch wurden sie dafür benutzt Unterschiede zwischen den Teilnehmenden im Sinne von deren Risiko- und Schutzfaktoren zu machen.</p> <p>Keine Beachtung wurde den Differenzen zwischen den Teamarten und ihren Organisations-spezifizierungen gemacht.</p> <p>Die Methode der Stichprobengewinnung ist fraglich, da keine Randomisierung stattfand. Die Interviewten konnte durch die Teamleitung selbst-ausgesucht werden, was die Auswahl verzerrt.</p> <p>Für weitere Forschung: Weitere Forschung muss betrieben werden, da viele Fragen offenblieben wie beispielsweise ob ein Unterschied besteht im Arbeitsumfeld der palliativen Pflege oder im Gegenzug zu anderen Pflegesettings hinsichtlich des Burnout Levels. Weiter ist fraglich ob auch das Ausbildungs-niveau einen Einfluss hat.</p> <p>Schlussfolgerungen: Ein Hauptergebnis war, dass das Burnout-risiko eher tief lag, obwohl Pflegefachpersonen in der palliativen Pflege komplexen Themen ausgesetzt waren. Ein Grund dafür könnten die positiven Gefühle hinsichtlich ihrer Arbeit sein. Die Pflegefachpersonen verfügen über verschiedene schützenden Faktoren, wie das Erleben einer</p>
---	--	---	---

	<p>Die persönliche Autonomie wurde versichert und alle Resultate der Studie wurden anonym und mit vollem Respekt für Vertrauen behandelt.</p>		<p>sinnvollen Tätigkeit in der Durchführung von Pflegeinterventionen, sowie der positive Effekt insbesondere der Fürsorgeethik, die sie darin unterstütze eine vertrauensvolle Beziehung sowohl zwischen Patient, dessen Familie und der Pflege, sowie auch innerhalb des Teams zu gestalten.</p>
--	---	--	---

Quelle: Villani, D., Grassi, A., Cognetta, C., Toniolo, D., Cipresso, P. & Riva, G. (2013). Self-help stress management training through mobile phones: an experience with oncology nurses. *Psychological Services*, 10(3), 315–322. doi:10.1037/a0026459

Land: Italien

Zusammenfassung der Studie:

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Der Bereich Onkologie gilt unter Wissenschaftler als besonders stressig. Aufgrund von erhöhter Arbeitsbelastung können die betreffenden Pflegefachpersonen nicht die professionelle Qualität gewährleisten, die sie vollbringen möchten. Onkologie Pflegenden sind besonders anfällig gegenüber Stress und Burnout (Aiken, Clarke, Sloane, Sochalski, & Silber, 2002; Browning, Ryan, Thomas, Greenberg, & Rolniak, 2007 zitiert nach Villani et al., 2013), aufgrund beispielsweise steigenden interpersonellen Problemen (Schmitz, Neumann, & Oppermann, 2000, zitiert nach Villani et al., 2013) sowie zunehmenden Gesundheitsbeschwerden (Ingersoll, Olsan, Drew- Cates, De Vinney, Davies (2002) zitiert nach Villani et al., 2013)) oder Schlafstörungen, Rugggiero ,2005, zitiert nach Villani et al. 2013). Folgende drei Faktoren, welche Gesundheitsprobleme verursachen wurden von Pflegenden häufig genannt: Job Ansprüche, fehlender Handlungsspielraum, sowie soziale Unterstützung bei der Arbeit (Ingersoll et al., 2002; Peeters & Le Blanc, 2001; Van Yperen & Hagedoorn 2005, zitiert nach Villani et al. 2013). Als bewährte Strategien, um negative Stimmungen zu reduzieren, gelten Entspannungstechniken, Bewegung und kognitive Verhaltenstechniken.</p>	<p>Rekrutierung Insgesamt 38 Personen meldeten sich auf Inserate, welche das kostenlose Stress- Management Programm mittels Mobiltelefonen für Onkologie Pflegenden via Flyers und Emails beschrieben und in sechs verschiedenen onkologischen Abteilungen in Tageskliniken in Mailand aufgehängt wurden.</p> <p>Einschlusskriterien</p> <ul style="list-style-type: none"> -Eine Pflegefachperson in Onkologie mit mindestens fünf Jahren Berufserfahrung auf diesem Gebiet. -Eine feste Arbeitsanstellung, damit mögliche Stressquellen, welche bei einer temporären Anstellung auftraten, ausgeschlossen werden konnten. <p>Schlussendlich 30 weibliche Pflegefachpersonen der Onkologie mit einem Durchschnitt von 22 Jahren Berufserfahrung, davon neun Jahre Onkologie, nahmen an der Studie teil, nachdem sie die Einverständniserklärung unterschrieben haben. Der Fokus lag auf Teilnehmenden mit erhöhtem Stresserleben anhand des Measure du Stress Psychologyque (MSP).</p> <p>Messinstrumente</p> <ul style="list-style-type: none"> -MSP mit 49 Punkten -State Trait Anxiety Inventory (STAI), mit 40 Punkten -Brief Coping Orientation to Problems Experienced-(COPE)- Fragebogen. -Job Zufriedenheits- Fragebogen (JCQ) mit 35 Punkten <p>Der JCQ Fragebogen wird genauer beschrieben, weil im Ergebnisteil die Resultate auf diesem beruhen. Er beinhaltet drei folgende wichtigen Faktoren Job Anspruch: Psychological Job Demand (PJD), Handlungsspielraum: Job Decision Latitude (DL) und soziale Unterstützung: Soccial Support at work (SSW).</p> <p>Forschungsdesign</p> <p>Zwei Phasen Erstens eine Bedarfs- Analyse und zweitens die Selbsthilfe- Interventions- Phase.</p> <p>Das Ziel der Bedarfsanalyse war zu erforschen wie das Trainings der Kommunikationskompetenzen sich auf den vorkommenden Stress auswirkt. Im zweiten Schritt schauten sie Videos.</p> <p>Vorgehen</p> <p>Die Teilnehmerinnen wurden randomisiert zu geordnet in je eine experimentelle- und eine Kontrollgruppe, mit jeweils 15 Personen.</p> <p>In der experimentellen Gruppe schauten sie acht Videos mit erzählendem Charakter auf den Handys, welche eigens für das Programm SIT konzipiert wurden. In der Kontrollgruppe schauten sie acht neutrale Video Clips ohne narrativen Charakter</p>	<p>Anhand von Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) analysierten die Forscher ihre Daten.</p> <p>Eine deskriptive Analyse wurde über die Jobzufriedenheit durchgeführt.</p> <p>Der Angstzustand („state“ situationsbedingt) und Angsteigenschaft („trait“ charaktereigenschaft) analysierten sie mittels MANOVA.</p> <p>Sie untersuchten dabei zwei Variablen: Bedingung und Zeit.</p> <p>Anhand des T-Tests wurde untersucht, ob es Änderungen im Erleben von Angst und deren Bewältigungsstrategien gibt.</p> <p>Die Studie evaluiert nicht den Zusammenhang zwischen Zeit X Bedingung.</p> <p>Job Zufriedenheits-Fragebogen (JCQ)</p> <p>Die Analyse des JCQ zeigte einen sehr geringen Handlungsspielraum (DL) in Bezug auf Treffen von autonomen Entscheidungen (M=25, SD= 2.30). Weiter war der Arbeitsanspruch (PJD) sehr hoch (M= 30.3, SD=3.60).</p> <p>Die Pflegefachpersonen erfuhren einen guten Zusammenhalt und Unterstützung unter Kollegen und Abteilungsleiter (SSW) (M= 12.31, SD=1.78).</p> <p>Die harmonische Zusammenarbeit unter Kollegen war sehr bedeutend für die Zufriedenheit der Pflegefachpersonen.</p>	<p>Das Ziel dieser Studie war es die kurzzeitigen Auswirkungen des Selbsthilfe Programms gegen Stress mittels Mobiltelefonen unter Pflegefachpersonen der Onkologie zu testen.</p> <p>Die Ausübung des Pflegeberufes zeigten vielfältige Schwierigkeiten wie den Patienten in seinen Bedürfnissen im alltäglichen Leben zu unterstützen und medizinische Tätigkeiten, die vom Arzt verordnet wurden durchzuführen (Henderson, 2007, zitiert nach Villani et al., 2013). Weiter war die Pflegefachperson zuständig für die Überwachung des Patienten sowie auch dessen Umgebung (Clarke & Aiken, 2003, zitiert nach Villani et al., 2013).</p> <p>Vor allem auf der Onkologie ging es ums Helfen in privater Atmosphäre. Einige Patienten waren ängstlich, litten unter Schmerzen oder manchmal verstarben sie. (Cimiotti, Aiken, & Poghosyan, 2008 zitiert nach Villani et al, 2013).</p> <p>Aus dem Bewusstsein solcher Schwierigkeiten bei der Arbeit, entstand die Idee einer Selbsthilfe Intervention. Diese widmete sich den zielgerichteten Aspekten der Bewältigung einer Pflegefachperson.</p> <p>Die Intervention basierten auf dem SIT Modell von Meichenbaum 1977.</p> <p>Newmann, Steed und Mulligan (2004) nahmen Bezug auf das SIT Modell und zeigten, eine Vielzahl von Interventionen für das Selbstmanagement der Patienten, welche sie befähigten selbständig mit ihrer Erkrankung besser umzugehen. Dabei waren ebenfalls Mobiltelefonen ein wichtiges Hilfsmittel.</p> <p>Die Ergebnisse der Studie zeigten einen signifikanten Rückgang des Angstzustandes bei der experimentellen Gruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe.</p>

<p>Verschiedene Studien zeigten, dass Fertigkeiten- Schulungen, wie zum Beispiel Stress Inoculation Training (SIT) zu einer Reduktion des Burnout Levels führten, indem sie den Weg ändern, in welchem ein Individuum Informationen über stressvolle Situationen verarbeitet und indem kognitive, emotionale und verhaltensbezogene Bewältigungsstrategien identifiziert werden, um unproduktive Verhaltensweisen zu ändern (Meichenbaum, 1977 zitiert nach Villani et al. 2013). SIT ist ein kurzes strukturiertes Programm, welches folgende drei Phasen beinhaltet</p> <p>1. Informationsphase: Zielt darauf ab Teilnehmenden bewusst zu machen wie es zur Entstehung und Aufrechterhaltung einer Stressreaktion kommt.</p> <p>2. Übungsphase: Teilnehmende lernen Emotionen zu managen und fehlangepasstes Verhalten zu ändern durch Erlernen von neuen Bewältigungsstrategien</p> <p>3. Anwendungsphase: Zielt darauf ab, dass Teilnehmende die erlernten Techniken mit Hilfe von praktischen Übungen wie Imaginationstraining und Simulationen durchführen.</p> <p>Die Anwendung von neuen Technologien verbesserten das Gesundheitsverhalten und ist als neuer Behandlungsansatz im Umgang mit Stress anerkannt (Ackermann et al., 2010; Cusack et al., 2008; Oliver & Demiris, 2010; VandenBos &</p>	<p>auf identischen Handys. Die abgespielte Hintergrundmusik war bei beiden Gruppen jeweils identisch (Gross & Levenson, 1995, zitiert nach Villani et al., 2013)</p> <p>Die Selbsthilfe- Interventionsphase dauerte vier Wochen. Während dieser Zeit schauten alle Teilnehmerinnen acht verschiedene Videos zwei Mal pro Woche. Für die experimentelle Gruppe beinhaltete die Selbsthilfeintervention SIT zwei Arten von Entspannungstechniken. Einerseits progressive Muskel Entspannung (PMR) nach Jacobson (1938) andererseits autogenes Training (AT) nach Schultz (1977). Das PMR reduzierte psychische Angstzustände und AT verhalf zur individuellen Körperkontrolle mithilfe Gedankenübungen.</p> <p>Zu Beginn füllten alle Teilnehmerinnen die folgenden Fragebogen aus: Trait-Anxiety, JCQ und COPE. Der STAI- Anxiety Questionnaire füllten sie vor und nach jedem der acht Videos aus. Die ersten sechs Videos zeigten von einer entspannenden Umgebung, die letzten zwei Videos zeigten an Tumor leidende onkologische Patienten.</p> <p>Die Kontrollgruppe schauten dieselbe Anzahl Videos, aber mit neutralem Inhalt ohne onkologische Patienten.</p> <p>Für beide Gruppen dauerten die Videos ungefähr 15 Minuten auf dem Handy und sie benutzten dazu Kopfhörer.</p>	<p>Diese Variable (SSW) war im Trainingsprotokoll nicht eingeschlossen.</p> <p>Mittels MANOVA Test wurden die Faktoren Bedingung und Zeit analysiert. Die Resultate zeigten einen signifikanten Effekt in Bezug auf die Zeit. Die Ergebnisse zeigten, dass es einen signifikanten Unterschied zwischen der Interventions- und Kontrollgruppe bezogen auf den Rückgang des Angstzustandes gab.</p> <p>Eine signifikante Verbesserung des Angstzustandes (anxiety state) traf in der experimentellen Gruppe ein.</p> <p>Resultate zeigten zudem einen signifikanten Rückgang der Angsteigenschaften (anxiety trait)</p> <p>Keine signifikanten Ergebnisse gab es in der Kontrollgruppe.</p> <p>Die Pflegefachpersonen erlernen zwei Bewältigungsstrategien. Die eine Strategie bezog sich auf die Verleugnung von stressigen Situationen und die andere zeigte eine aktive Herangehensweise, um eine Situation zu ändern. Beide beabsichtigten die Situation zu ändern.</p>	<p>Weiter zeigte sich eine signifikante Verbesserung in der Änderung der Stimmung, im Sinne einer Reduktion der Angsteigenschaften (anxiety trait) und dem Erwerb von Bewältigungsstrategien. Gemäss Rogers Schutzmotivationstheorie (1983) führte aktive Bewältigung zu einer verbesserten Anpassung an eine stressige Situation, anstatt deren Verleugnung. Die Limitation der Studie ist die geringe Stichprobengrösse, deshalb sind die Ergebnisse mit Vorsicht zu geniessen. Weiter zu beachten ist, dass die Gefühlszustände der Teilnehmer nur mittels Fragebögen, die sie selbst ausfüllten, befragt wurden. Obwohl diese Assessments als valide und effektiv gelten und in verschiedenen Kontext geprüft wurden, könnte mit psychologischen Tests ein noch grösseres Verständnis der Situation generiert werden. Dennoch sprechen diese Resultate für eine Anwendung des Selbsthilfe Stressmanagement auch in anderen Berufsgruppen. Selbstmanagement Training hat ein enormes Potenzial, um effektiv Stress zu bewältigen. Es ist kostengünstig und die Interventionen sind weniger stigmatisierend. Es sind Bemühungen erforderlich, das Selbsthilfetraining mittels Mobiletelefonen in die tägliche Routine einzubauen. Grundsätzlich braucht es kontrollierte Studien, um die Effizienz dieses Ansatzes zu testen sowie Langzeitauswirkungen zu erforschen.</p>
--	---	---	--

Williams, 2000) zitiert nach Villani et al., 2013). (Who (2011) in Villani et al. (2011) schrieben, dass Handys diesbezüglich eine wichtige Rolle in diesem Prozess der Stressbewältigung spielen.			
---	--	--	--

11.5 Kritische Beurteilung

Die Bewertung der Glaubwürdigkeit erfolgt nach einer eigenen Einteilung. Siehe untenstehende Tabelle.

Die ausgewählten Studien lassen sich alle gemäss Evidenzlevel nach Di Censo et al. (2009) auf der Stufe 1 einteilen. Da es alles Originalstudien sind weisen sie eine tiefe Evidenz auf, sind jedoch praxisbezogen.

Nachfolgend werden die acht Studien alphabetisch den Autorinnen und Autoren zugeordnet nach, mittels den Beurteilungshilfe von Behrens & Langer (2010) und Long (2005) eingeschätzt.

Tabelle Eigene Darstellung

Benotung der Glaubwürdigkeit	1	2	3	4	5	6
Aussagekraft	Keine	Tiefe	Ungenügend	Ausreichend	Hoch	Sehr hoch
Evidenzlevel Di Censo, Bayley, Haynes (2009)	Studies	Synapsen von Studien	Synthese	Synopses of synthesis	Summaries	Systems
Einteilung	1	2	3	4	5	6

Kritische Beurteilung einer Interventionsstudie

Quelle: Alexander, G. K., Rollins, K., Walker, D., Wong, L. & Pennings, J. (2015). Yoga for Self-Care and Burnout Prevention Among Nurses. *Workplace Health & Safety*, 63(10), 462–470.

doi:10.1177/2165079915596102

Land: USA

Forschungsfrage: Welche Wirksamkeit zeigt das Praktizieren von Yoga in Bezug auf eine verbesserte Selbstpflege und inwiefern reduziert diese ein Burnout unter Pflegefachpersonen?

Fragen	Glaubwürdigkeit
1. Wie wurden die Teilnehmer rekrutiert und den Untersuchungsgruppen zugeteilt?	Mit Email, Flyer und dem Intranet einem spital internen System wurden Personen gesucht, die bei Interesse eine Online Umfrage machen konnten. Anhand von Ein- und Ausschlusskriterien wurden Personen ausgewählt und randomisiert zugeteilt in Yoga- Interventions- oder der Kontrollgruppe, ohne Intervention.
2. Wie viele Patienten, die anfangs in die Studie aufgenommen wurden, waren am Ende noch dabei?	49 Personen von 71 Teilnehmenden wurden mittels Telefonscreening ermittelt. Mit Hilfe von Ein- und Ausschlusskriterien waren am Ende noch 40 Pflegefachpersonen dabei, diese blieben bis zum Ende der Studie.
3. Waren die Teilnehmer, das Personal und die Untersucher verblindet?	Keine Verblindung, der genannten Personen.
4. Waren die Untersuchungsgruppen zu Beginn der Studie ähnlich?	Ja, durch Randomisierung. Beide Gruppen mit je 20 Personen. Eine detaillierte Ansicht, wer der Untersuchungsgruppe und Kontrollgruppe zugehörten war nicht ersichtlich.
5. Wurden die Untersuchungsgruppen abgesehen von der Intervention gleichbehandelt?	Ja, alle füllten zweimal ein Assessment aus, einmal zu Beginn und nach den acht Wochen, dieses konnte online ausgefüllt werden.
6. Wurden alle Teilnehmer in der per Randomisierung zugeteilten Gruppe bewertet?	Ja, die Resultate aller 40 Teilnehmenden wurden ausgewertet.
7. War die Größe der Stichprobe ausreichend gewählt, um einen Effekt nachweisen zu können?	Die Zielrekrutierung lag bei 50 Teilnehmer, aber eine Abweichung von 10% war toleriert. Damit sind 40 Personen als genügend grosse Stichprobe akzeptiert.
8. Stehen die Ergebnisse im Einklang mit anderen Untersuchungen auf diesem Gebiet?	Ja, eine weitere Studie von (Raingruber & Robinson, 2007) zeigte ebenfalls das Potenzial von Yoga.
9. Wie ausgeprägt war der Behandlungseffekt?	Aussagekraft Signifikante Resultate in Auswirkung auf die Zeit ($P < 0.001$), ($F = 5.34$) = 5.57; $n^2 = 0.450$, Zeit per Gruppe $F(5.34) = 2.57$, $p = 0.045$, $n^2 = 0.274$. Keine Signifikanz gab es die Gruppe betreffend. Eine Signifikanz zeigt sich in Selbstpflege ($p = 0.06$) in Bezug auf Vor- und Nachtests. Emotionale Erschöpfung: ($p: 0.041$), $n^2 = 0.106$) und Depersonalisierung ($p: 0.035$), $n^2 = 0.111$). Achtsamkeit ($p: 0.067$). In der Kontrollgruppe zeigte sich keine Verbesserung ohne Intervention.
10. Sind die unterschiedlichen Ergebnisse nicht nur auf einen Zufall zurückzuführen?	Die p Werte siehe oben zeigten signifikante Resultate, da $p < 0.05$.
11. Wie präzise sind die Ergebnisse?	Cohens $f = 0.25$ ist ein Wert für eine mittlere Effektgrösse der Standardabweichung. Alpha 0,05 entspricht einer Standardabweichung von 5% und die Ergebnisse sind danach signifikant. Mit einer Power 0.8 ist die Chance zu 80%, dass ein Effekt besteht.

	Anwendbarkeit
12. Sind die Ergebnisse auf meine Patienten übertragbar?	Die Übertragbarkeit ist eingeschränkt, aufgrund der Genderdynamik. Nur ein Mann nahm an der Studie teil.
13. Wurden alle für mich wichtigen Ergebnisse betrachtet?	Nein, keine objektiven Messungen wurden gemacht. Die Befragungen blieben subjektiv.
14. Ist der Nutzen die möglichen Risiken und Kosten wert?	Keine Risiken ersichtlich, der Nutzen ist aufgrund der kleinen Stichprobe ungenügend geklärt. Die Kosten sind eher hoch, für die Implementierung in der täglichen Praxis, da die Teilnahme an einem Yoga Kurs teuer ist und Zeit benötigt, um daran teilzunehmen.
<i>Benotung der Glaubwürdigkeit (BiasVermeidung): 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6</i>	

Kritische Beurteilung einer Interventionsstudie

Quelle: Craigie, M., Slatyer, S., Hegney, D., Osseiran-Moisson, R., Gentry, E., Davis, S. et al. (2016). A Pilot Evaluation of a Mindful Self-care and Resiliency (MSCR) Intervention for Nurses. *Mindfulness*, 7(3), 764–774. doi:10.1007/s12671-016-0516-x

Land: Australien

Forschungsfrage: Wie sieht die Durchführbarkeit von „Mindful self-care and Resiliency“ (MSCR) aus in Bezug auf Mitgefühlsmüdigkeit „compassion fatigue“ CF in einem Akutspital bei Pflegefachpersonen?

Fragen	Glaubwürdigkeit
1. Wie wurden die Teilnehmer rekrutiert und den Untersuchungsgruppen zugeteilt?	Pflegefachpersonen wurden via Werbung im Intranet auf die Studie aufmerksam gemacht. Interessierte Personen konnten sich direkt beim Forscher melden. Anhand Ein- und Ausschlusskriterien wurden 21 Personen in zwei Interventionsgruppen mit 10 und 11 Personen eingeteilt.
2. Wie viele Patienten, die anfangs in die Studie aufgenommen wurden, waren am Ende noch dabei?	Von 25 Pflegefachpersonen waren 21 zugelassen und 20 Personen beendeten die Studie.
3. Waren die Teilnehmer, das Personal und die Untersucher verblindet?	Keine Verblindung
4. Waren die Untersuchungsgruppen zu Beginn der Studie ähnlich?	Nicht bekannt.
5. Wurden die Untersuchungsgruppen abgesehen von der Intervention gleichbehandelt?	Gleiche Intervention. Keine Kontrollgruppe.
6. Wurden alle Teilnehmer in der per Randomisierung zugeteilten Gruppe bewertet?	Keine Randomisierung. Zu Beginn waren es 21 Teilnehmende, aber nur 20 führten die Intervention zu Ende und wurden am Schluss bewertet.
7. War die Größe der Stichprobe ausreichend gewählt, um einen Effekt nachweisen zu können?	Stichprobengröße mit 21 eher gering, deshalb ein geeigneter Wilcoxon Test für abhängige Stichproben benutzt, um signifikante Ergebnisse zu erzielen. Geht bei ordinalskalierten Daten.
8. Stehen die Ergebnisse im Einklang mit anderen Untersuchungen auf diesem Gebiet?	Ja, Flarity, Gentry&Mesnikoff (2013) zeigte vergleichbare Resultate mit einer ähnlichen Intervention im Bereich Notfall. Für Onkologie Pflegenden zeigte Potter, Deshields, Berger, Clarke, Olsen&Chen(2013) ähnliche Resultate im ambulanten Setting.
	Aussagekraft
9. Wie ausgeprägt war der Behandlungseffekt?	Nach einem Monat zeigten sich signifikante Resultate in Burnout Z-Score -2.73 p<0.01 trait-negative affect (TNA) Z-Score -2.72 p<0.01. Stress Z-Score -2.32 p<0.05 Compassion satisfaction Z-Score 2.13 p<0.05.

	<p>Im Professional Quality of Life Scale (ProQoL5) werden die Level Unterteilung zwischen hoch, mittel, niedrig für Compassion satisfaction (Mitgeföhlszufriedenheit), Burnout, secondary traumatic stress (STS) gemacht.</p> <p>45% der Teilnehmenden zeigten hohe Burnout Levels, vor der Intervention. Nach der Intervention nur 15%.</p> <p>20% hatten STS im hohen Level, nach einem Monat keine Verbesserung in den hohen Level, aber Zunahme von 15% in den tiefen Level.</p>
10. Sind die unterschiedlichen Ergebnisse nicht nur auf einen Zufall zurückzuführen?	<p>Nein, durch die Berechnung des P-Werts.</p> <p>p Wert <0.05 signifikant bei Stress, Depression, Mitgeföhlszufriedenheit, TNA, obsessive passion</p> <p>p Wert <0.01 signifikant bei Burnout, TNA</p> <p>p Wert < 0.001 kein Ergebnis</p>
11. Wie präzise sind die Ergebnisse?	<p>Konfidenzintervall CI 95% Cohen's d wurde berechnet, deshalb präzise. Die Ergebnisse schwanken von einem kleinen Effekt d=0.3 bis 0.5 mittel und 0.8 einen starken Effekt.</p>
Anwendbarkeit	
12. Sind die Ergebnisse auf meine Patienten übertragbar?	<p>12 Stunden Aufwand sind realistisch und machbar in der Praxis. Die Stichprobe umfasst hauptsächlich erfahrene Pflegefachpersonen mit mindestens 15 Jahren Berufserfahrungen, deshalb ist die Übertragung auf jüngere weniger erfahrene Personen fraglich.</p>
13. Wurden alle für mich wichtigen Ergebnisse betrachtet?	<p>Ja, detaillierte Ergebnisse bei Burnout, sekundärer traumatischer Stress (STS) und Mitgeföhlszufriedenheit „Compassion satisfaction“</p>
14. Ist der Nutzen die möglichen Risiken und Kosten wert?	<p>Keine Kostenanalyse gemacht.</p> <p>Weiterführende Studien mit grösseren Stichproben und Kontrollgruppen werden benötigt.</p>
<i>Benotung der Glaubwürdigkeit (Bias Vermeidung): 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6</i>	

Kritische Beurteilung einer Interventionsstudie

Quelle: Günüşen, N. P. & Ustün, B. (2010). An RCT of coping and support groups to reduce burnout among nurses. *International Nursing Review*, 57 (4), 485–492. doi:[10.1111/j.1466-7657.2010.00808.x](https://doi.org/10.1111/j.1466-7657.2010.00808.x)

Land: Türkei

Forschungsfrage: Welche Effekte haben Interventionen mit Bewältigungstraining- und Unterstützungsgruppen, zur Reduktion eines Burnouts bei Pflegefachpersonen?

Fragen	Glaubwürdigkeit
1. Wie wurden die Teilnehmer rekrutiert und den Untersuchungsgruppen zugeteilt?	Pflegefachpersonen eines Spitäles in Izmir wurden eingeladen um den Maslach Burnout Inventory Fragebogen auszufüllen. Die Personen, welche den Fragebogen vollständig ausfüllten und ein höheres Ergebnis an emotionaler Erschöpfung als der Durchschnitt aufweist, wurden angeboten zur Teilnahme an der Intervention. Diese wurden randomisiert zugeteilt in zwei experimentelle- und eine Kontrollgruppe.
2. Wie viele Patienten, die anfangs in die Studie aufgenommen wurden, waren am Ende noch dabei?	108 von 227 Pflegefachpersonen hatten ein erhöhtes Ergebnis an emotionaler Erschöpfung und wurden rekrutiert für in drei Gruppen. Eine Kontroll-, eine Unterstützende- und eine Bewältigungstrainingsgruppe mit jeweils 36 Personen. Zusammenfassend in der experimentellen Gruppe waren es also 72 Personen, aber von denen haben nur 44 bis zum Schluss teilgenommen.
3. Waren die Teilnehmer, das Personal und die Untersucher verblindet?	Die Teilnehmenden und die Untersucher wurden nicht verblindet. Aber während der Randomisierung wussten die Untersucher und die Teilnehmenden nicht welcher Gruppe sie angehörten.
4. Waren die Untersuchungsgruppen zu Beginn der Studie ähnlich?	Ja, durch Randomisierung. Alles weibliche Pflegefachpersonen, die im selben Spital arbeiteten, dadurch sind die demografischen Daten der drei Gruppen ähnlich.
5. Wurden die Untersuchungsgruppen abgesehen von der Intervention gleichbehandelt?	Alle Teilnehmerinnen unterlagen den gleichen Bedingungen, sowohl bei der Dauer der Intervention, bezüglich der Anforderungen den MBI Fragebogen drei Mal auszufüllen, sowie für die Entschädigung für die Teilnahme.
6. Wurden alle Teilnehmer in der per Randomisierung zugeordneten Gruppe bewertet?	Nein, da es Austritte in der experimentellen Gruppe gab.
7. War die Größe der Stichprobe ausreichend gewählt, um einen Effekt nachweisen zu können?	Die Gruppengröße war zu Beginn identisch und ausreichend gross gewählt. Jedoch stiegen in den zwei experimentellen Gruppen je 15- und 13 Personen aus.
8. Stehen die Ergebnisse im Einklang mit anderen Untersuchungen auf diesem Gebiet?	Es existiert bis jetzt eine begrenzte Anzahl an Interventionsstudien, welche den Stress Level reduzieren, wie in der Einleitung beschrieben durch Marine, Ruotsalainen, Serra& Verbeek (2006). Rowe (1999) beschreibt Bewältigungstraining als effektiv, um den Burnout Level zu senken.
9.	Aussagekraft
10. Wie ausgeprägt war der Behandlungseffekt?	Emotionale Erschöpfung: Time: F(14.939), P=0.00 Group: F(1.987), P=0.14 GroupxTime: F(1.784), P=0.13 Entpersönlichung: Time: F(0.614), P=0,54 Group: F(1.094), P=0.36 GroupxTime: F(0.620), P=0.54

	Persönliche Leistung: Time: F(2.538), P=0.08 Group: F(0.745), P=0.47 GroupxTime: F(0.704), P=0.59 P-Werte sind nicht signifikant. Der Wert der emotionalen Erschöpfung sank nach der Intervention, stieg jedoch innerhalb der 6 Monate wieder an.
11. Sind die unterschiedlichen Ergebnisse nicht nur auf einen Zufall zurückzuführen?	Bonferroni Test wurde durchgeführt.
12. Wie präzise sind die Ergebnisse?	28 Teilnehmerinnen stiegen aus. Deshalb sind die Ergebnisse eher unpräzise. Kein Konfidenzintervall berechnet.
	Anwendbarkeit
13. Sind die Ergebnisse auf meine Patienten übertragbar?	Die Studie fand in der Türkei statt. Aufgrund kultureller Unterschiede sind die Ergebnisse bedingt auf die Schweiz übertragbar.
14. Wurden alle für mich wichtigen Ergebnisse betrachtet?	Ja, die Ergebnisse wurden anhand des MBI Fragebogen ausgewertet anhand der drei Kategorien (emotionale Erschöpfung, Entpersönlichung und persönliche Leistung) und enthalten somit für die Autorinnen alle benötigten Ergebnisse.
15. Ist der Nutzen die möglichen Risiken und Kosten wert?	Die Autorinnen sehen einen positiven Ansatz in der Studie, da der Wert der emotionalen Erschöpfung nach der Durchführung der Intervention gesunken ist, jedoch wieder angestiegen ist innerhalb von sechs Monaten. Laut Günösen et al. (2010) der Studie müsste die Intervention der Studie repetiert, sowie weitere Interventionsstudien durchgeführt werden, um einen anhaltenden Effekt zu gewährleisten. Kosten der Intervention sind nicht ersichtlich, deshalb kann das Kosten- Nutzenverhältnis nicht beurteilt werden.

Benotung der Glaubwürdigkeit (Bias Vermeidung): 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6

Kritische Beurteilung einer Mixed Method Studie

Quelle: Kravits, K., McAllister-Black, R., Grant, M. & Kirk, C. (2010). Self-care strategies for nurses: A psycho-educational intervention for stress reduction and the prevention of burnout. *Applied nursing research: ANR*, 23(3), 130–138. doi:10.1016/j.apnr.2008.08.002

Land: USA

Forschungsfrage: Welche Auswirkung hat das psycho-educativen Programmes in Bezug auf die Selbstpflege Strategien von Pflegefachpersonen im stressigen Berufsalltag?

Übersicht	Schlüsselfragen
1. Überblick der Studie	
Bibliografie	Autor Kravits, McAllister-Black, Grant&Kirk Self-care strategies for nurses: A psycho-educational intervention for stress reduction and the prevention of burnout Verlag Elsevier, Applied Nursing Research USA (2010)
Ziel	Die Auswirkung des psycho-educativen Programmes erforschen in Bezug auf die Selbstpflege Strategien von Pflegefachpersonen im stressigen Berufsalltag
Ergebnisse	Strategien sind der Relevanz nach geordnet. emotionale Kategorie 43%, dazugehörige meistgenannte Strategie Hobbies 26% Körperlich 34%, Strategie Biken, Jogging 39% Kognitive 21%, Strategie Bestätigung 37% Sozial 5%, Strategie Familie/Freunde 82% Spirituell 2%, Strategie Beten 44% Maslach Burnout Inventory (MBI) Emotionale Erschöpfung (EE) Depersonalisation (DP) Persönliche Leistungsfähigkeit (PA) Der EE Score im Nachtest war signifikant kleiner bei ($p < 0.0005$). Der DP Score im Nachtest war signifikant kleiner bei ($p < 0.0005$). Beim PA Score kein p Wert angegeben, aber im Vergleich vor der Intervention PA Werte tief (≥ 40) bei 45% und nach der Intervention Anstieg auf 52%. Beim PA Wert zeigt sich ein tiefer Wert der PA, erhöht das Risiko für Burnout.
Zusammenfassung	Das psycho-educative Programm diente zur Burnout Prävention erzielte bessere Ergebnisse in den Bereichen emotionale Erschöpfung, Depersonalisation und persönlicher Leistung. Als Folge senkt sich die Burnout-Rate, was sich auch positiv auf die Pflegequalität auswirkt.
2. Kontext der Studie (Setting, Stichprobe, Ergebnis der Messgrösse)	
Setting	Neu promovierte Pflegefachpersonen eines Tumorzentrums in Südkalifornien und solche aus umliegenden Spitälern.
Stichprobe	186 von 248 Pflegefachpersonen Für die qualitative Analyse waren es 145 Wellnesspläne. Im zweiten Jahr der Studie wurden Gesundheitspersonal eingeschlossen.
Ergebnis der Messgrösse	Maslach Burnout Inventory (MBI)

	<p>Mit den drei Unterpunkten. Emotionale Erschöpfung (EE) Depersonalisation (DP) Persönliche Leistungsfähigkeit (PA)</p> <p>Zur Erweiterung dieses Fragebogens, diente der Draw-a-Person in the Rain Art Assessment (PIR)</p>
3. Ethik	
Ethik	Von Ethikkommission geprüft
4. Vergleichbarkeit der Gruppen	
Vergleichbarkeit der Gruppen	<p>Nur eine Gruppe, keine Kontrollgruppe. Eine Untersuchung ergab nur signifikante Differenzen zwischen den Teilnehmenden im Spital und den umliegenden Spitälern im Punkt PA. Im Krebszentrum waren die Werte eher tiefer. 35.5 versus 38.7 $p < 0.000$.</p>
5. Qualitative Datensammlung und Analyse	
Datensammlung und Methode	<p>Der Grad des Burnout- Levels wurde vor und nach der Intervention mit der Anwendung des Maslach Burnout Inventory (MBI) Fragebogens gemessen, sowie den Zeichenunterricht (Draw- a. Person- in- the- Rain Art Assessment (PIR) (Zeichne eine Person im Regen) und der Erstellung eines Wellness- planes.</p> <p>Dauer: Das sechsstündige Programm wurde zweimal im Monat in Südkalifornien in einem Tumorzentrum durchgeführt. Dreimal fand es ausserhalb des Zentrums statt. Es besteht eine detaillierte Beschreibung der Intervention und der Methode.</p>
Datenanalyse	<p>Daten wurden kodiert, ins SPSS transferiert und verifiziert. Deskriptive Analysen wurden benutzt, um die Stichprobe zu beschreiben. Gepaarter Stichproben t- Test wurden angewendet, um Resultate vor und nach der Intervention zu generieren.</p> <p>Es besteht eine Wissenslücke über spezifische Selbstpflegestrategien bei Stress, dies zeigt eine systematische Literaturrecherche von Edward & Burnard (2003). Deshalb konnten die Ergebnisse nicht mit anderen Studienergebnissen verglichen werden.</p>
Möglichkeit der Forscher Bias	<p>Die Forscher, eine Pflegefachperson, ein Assistent des Forschers und Koinvestigator verliess den Raum während der Intervention, um die Anonymität der Teilnehmenden zu gewähren. Alle Instrumente und Materialien wurden verblindet mit einem Alphanummerischen Code. Mit diesen Massnahmen ist die Anonymität gewährleistet. Zu Qualitätszwecken wurde ein Review gemacht, deshalb wird die Glaubwürdigkeit als hoch eingeschätzt.</p>
6. Strategie und praktische Implikation	

Implikation	Pflegefachpersonen benötigen Unterstützung in den Selbstpflegestrategien, um einen positiven Umgang mit den Problemen wie Arbeitsbelastung, Konflikten, fehlenden Handlungsmöglichkeiten zu generieren. Das Wissen über solche effektiven Strategien helfen somit anderen Berufskollegen.
7. Andere Kommentare	
Andere Kommentare	25 Referenzen
Gutachter	Eingereicht am 17 August 2007, akzeptiert am 13 August 2008. Ein geprüftes Institutional Review Board.

Kritische Beurteilung einer Interventionsstudie

Quelle: Mahon, M. A., Mee, L., Brett, D. & Dowling, M. (2017). Nurses' perceived stress and compassion following a mindfulness meditation and self-compassion training. *Journal of Research in Nursing*, 22(8), 572–583. doi:10.1177/1744987117721596

Land: Irland

Forschungsfrage: Welche Auswirkung haben Achtsamkeits- und Selbstmitgefühltraining auf das von Pflegefachpersonen erlebte Stressniveau und wie sieht die Umsetzbarkeit der Intervention nach Schichtende aus?

Fragen	Glaubwürdigkeit
1. Wie wurden die Teilnehmer rekrutiert und den Untersuchungsgruppen zugeteilt?	Pflegefachpersonen wurden mittels Werbung in drei Spitälern in Westirland informiert über die Achtsamkeitstraining- Intervention. Es gab keine Kontrollgruppe, daher gab es nur eine experimentelle Gruppe gab. Eine Mischung aus 78,9%Pflegefachpersonen, 4,4% klinischen Fachspezialisten oder Pflegeexperten, 13,3% Pflegedienstleiter, 3,3% Hebammen.
2. Wie viele Patienten, die anfangs in die Studie aufgenommen wurden, waren am Ende noch dabei?	64 von 90 Teilnehmenden besuchten das vollständige Trainingsprogramm.
3. Waren die Teilnehmer, das Personal und die Untersucher verblindet?	Es gab keine Verblindung, weil es nicht zwei Gruppen waren. Die Forscher hatten jedoch keinen direkten Kontakt mit den Teilnehmenden und waren nicht involviert in die Datensammlung.
4. Waren die Untersuchungsgruppen zu Beginn der Studie ähnlich?	Es gab nur eine Gruppe
5. Wurden die Untersuchungsgruppen abgesehen von der Intervention gleichbehandelt?	Ja, es gab nur eine experimentelle Gruppe.
6. Wurden alle Teilnehmer in der per Randomisierung zugeteilten Gruppe bewertet?	Die 64 Personen, die die Studie beendeten wurden bewertet.
7. War die Größe der Stichprobe ausreichend gewählt, um einen Effekt nachweisen zu können?	Ja, n= 64
8. Stehen die Ergebnisse im Einklang mit anderen Untersuchungen auf diesem Gebiet?	Brady, O`Connor, Burgermeister, Hanson (2012) zeigte in einer Studie mit psychiatrischen Pflegefachpersonen ebenfalls ein reduziertes Stresslevel auf nach Durchführung des Achtsamkeitstrainings.
	Aussagekraft
9. Wie ausgeprägt war der Behandlungseffekt?	Assessment Perceived Stress (PS) in Bezug auf Lokalisation und Zeit ergab sich ein Haupt- Effekt von Zeit ($p < 0.001$). Bei der

	<p>Lokalisation hingegen zeigte sich kein signifikanter Unterschied ($P=0.086$).</p> <p>Die Auswertung der PS- Ergebnisse zeigen einen Abfall von 21.57 auf 13.35 ($SD=5.12$) der Werte.</p> <p>Kein signifikanter Zusammenhang zwischen Zeit und Umgebungs-Interaktion ($p= 0.701$).</p> <p>Assessment Compassion Scale (CS)</p> <p>Im CS sind folgende Werte der Teilnehmenden nach der Intervention bedeutend angestiegen:</p> <p>Entgegenkommen: 16.53 auf 17.20 ($p= 0.042$)</p> <p>Achtsamkeit: 15.31 auf 16.85 ($p< 0.001$)</p> <p>Im CS sind folgende Werte der Teilnehmenden nach der Intervention bedeutend gesunken:</p> <p>Gleichgültigkeit: 8.78 nach 7.34 ($p= 0.001$)</p> <p>Separation: 9.29 nach 7.93 ($p=0.006$)</p> <p>Ablösung: 8.84 nach 7.39 ($p<0.001$)</p> <p>Die Punkte helfendes Miteinander: ($p= 0.884$), sowie die waren hingegen nicht signifikant.</p>
10.Sind die unterschiedlichen Ergebnisse nicht nur auf einen Zufall zurückzuführen?	p Werte <0.05 sind aussagekräftig. Der Bonferroni Test wurde durchgeführt.
11.Wie präzise sind die Ergebnisse?	Die Studie beinhaltet kein Konfidenzintervall, deshalb kann keine Aussage zur Präzisierung getroffen werden.
	Anwendbarkeit
12.Sind die Ergebnisse auf meine Patienten übertragbar?	Ja, denn die Teilnehmenden waren motiviert nach Schichtende den Kurs zu besuchen. Dies zeigt, dass sich ein solcher Kurs in die alltägliche Praxis umsetzen lässt.
13.Wurden alle für mich wichtigen Ergebnisse betrachtet?	Zudem wurden nur Fragebogen angewendet, es wären Interviews nötig gewesen für eine subjektive Einschätzung, wie Pflegefachpersonen mit Stress und Burnout umgehen.
14.Ist der Nutzen die möglichen Risiken und Kosten wert?	Kosten wurden nicht erwähnt, aber ein Pluspunkt ist, dass der Kurs auch in sechs anstatt acht Wochen durchgeführt werden kann ohne Einbüßung der Wirksamkeit. Damit könnten Kosten gespart werden und die Teilnahme an den Kursen könnten erhöht werden, da es weniger Daten wären, an denen Pflegefachpersonen vor Ort sein müssten, aber es vom Dienstplan her nicht vereinbar ist.
<i>Benotung der Glaubwürdigkeit (BiasVermeidung): 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6</i>	

Kritische Beurteilung einer qualitativen Studie

Quelle: Manomenidis, G., Panagopoulou, E. & Montgomery, A. (2016). The 'switch on–switch off model': Strategies used by nurses to mentally prepare and disengage from work. *International Journal of Nursing Practice*, 22(4), 356–363. doi:10.1111/ijn.12443

Land: Griechenland

Forschungsfrage: Welche Strategien helfen Pflegefachpersonen sich mental auf eine Arbeitsschicht vorzubereiten (switch on) und im Gegenzug dazu am Ende der Schicht wieder abzuschalten (switch off)?

Fragen	Glaubwürdigkeit
1. Wurde die Forschungsfrage klar formuliert?	Das Forschungsziel ist beschrieben, es soll erforscht werden welche Strategien Pflegefachpersonen vor und nach ihrer Schicht anwenden zur Stressverminderung.
2. Welches qualitative Design wurde mit welcher Begründung gewählt?	Ein deskriptives qualitatives Design, mittel semi-structured interviews, um mehr Informationen über das Phänomen zu erfahren. Das Design passt zur Fragestellung, aber wurde nicht begründet.
3. Wurde eine Literaturrecherche durchgeführt?	Ja, die Wissenslücke von Strategien zur Stressbewältigung in der Pflege wird deutlich. Laut Witkoski&Dickson (2010) gibt es für Pflegenden oft keine Möglichkeiten Pausen zu machen, weil sich diese nicht mit den Bedürfnissen der Patienten vereinbaren lassen. Fritz, Ellis, Demsky, Lin, Guros (2013) betont, auch wenn Pausen da sind, wären diese oft nicht effizient für eine Erholung.
4. Wurden die Teilnehmer passend zur Forschungsfrage ausgewählt und die Auswahl begründet?	11 Teilnehmer wurden eingeschlossen, davon 7 Frauen und 4 Männer, die seit mindestens einem Jahr in der Pflege arbeiteten. Die Auswahl fand mit Hilfe eines Posters im Stationsbüro, wer Interesse hatte, konnte sich beim zweiten Autor der Studie melden.
5. Wurden die Teilnehmer, ihr Umfeld und die Forscher ausreichend beschrieben?	Alle Pflegefachpersonen arbeiteten in einem allgemeinen Spital in Griechenland. Die drei Autoren der Studie haben einen PhD und der Interviewer war der erste Autor. Sie verfügen über Expertise, werden aber nicht genauer beschrieben.
6. Wurde die Datensammlung detailliert beschrieben?	Ja, die Datensammlung fand zwischen März und April 2014 statt, da sind die 25-30 Minuten halb-strukturierten Interviews geführt worden mit je zwei festgelegten Fragen.
7. Wie erfolgte die Analyse der Daten?	Alle Interviews wurden transkribiert. Im Anschluss wurde eine qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring durchgeführt, diese erfolgt in drei Schritten. Im ersten Schritt gibt es eine Zusammenfassung, weiter eine Erklärung und am Ende eine Gliederung.
8. Erfolgte die Datensammlung bis zur Sättigung?	Ja, in der Stichprobe wurde beschrieben, dass die Datensammlung bis zur Sättigung erfolgte.
9. Sind die Ergebnisse ausführlich und nachvollziehbar?	Aussagekraft Ja, die einzelnen Strategien sind fünf Themenbereichen zugeordnet und mit Aussagen hinterlegt. Eine Strategie zeigte immer zwei Wirkungsmechanismen, so dient Musik hören entspannend, aber auch energiefördernd.
10. Wurden die Ergebnisse bestätigt?	Um eine einseitige Interpretation auszuschließen, wurden die Ergebnisse von zwei Forschern getrennt gemacht und am Ende miteinander verglichen.
11. Helfen mir die Ergebnisse der Studie, die untersuchten Personen in ihrer Umgebung besser zu verstehen?	Anwendbarkeit Ja es gibt Aufschluss über verschiedene Techniken. Die Ergebnisse werden in der Diskussion mit theoretischen Hintergründen verknüpft und sind deshalb sicherlich evidenzbasiert.
12. Gibt es konkrete Möglichkeiten der Anwendung?	Ja, die fünf Themenbereich beschreiben Strategien, die jede Person für sich selbst anwenden kann.

Benotung der Glaubwürdigkeit (BiasVermeidung): 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6

Kritische Beurteilung einer Mixed Method Studie

Quelle: Pereira, S. & Carvalho, A. S. (2012). Burnout in nurses working in Portuguese palliative care teams: a mixed methods study. *International Journal of Palliative Nursing*, 18(8), 373–381.

doi:10.12968/ijpn.2012.18.8.373

Land: Portugal

Forschungsfrage: Welche Burnoutlevels haben Portugisische Palliative Care Pflegefachpersonen und wie sehen die Risiken und schützenden Faktoren aus, die sie anwenden zur Burnout Prävention?

Übersicht	Schlüsselfragen
1. Überblick der Studie	
Bibliografie	Autor Pereira, Fonseca&Carvalho Burnout in nurses working in Portuguese palliative care teams: a mixed methods study Verlag International Journal of palliative nursing (2012)
Ziel	Das Identifizieren des Burnout Level von Pflegefachpersonen sowie Schutz- und Risikofaktoren zu ermitteln und zu verstehen, wie portugiesische Palliative Pflegefachpersonen einem Burnout vorbeugen. Zudem wollte der emotionale Einfluss verstanden werden vom Arbeiten im Palliativen Umfeld.
Ergebnisse	Die durchschnittliche emotionale Erschöpfung der Pflegefachpersonen lag bei: 19.63, für Depersonalisierung bei 4.59, für die persönliche und professionelle Leistungsfähigkeit lag der durchschnittliche Wert bei 36.06. Zum Vergleich sind jeweils die hohen Werte genannt nach Benevides-Pereira (2008) emotionale Erschöpfung ≥ 25 Depersonalisation ≥ 10 Persönliche und professionelle Leistungsfähigkeit ≥ 40
Zusammenfassung	Ein Hauptergebnis war, dass das Burnoutisiko eher tief lag, obwohl Pflegefachpersonen in der palliativen Pflege komplexen Themen ausgesetzt waren. Ein Grund dafür könnten die positiven Gefühle hinsichtlich ihrer Arbeit sein. Die Pflegefachpersonen verfügen über verschiedene schützenden Faktoren, wie das Erleben einer sinnvollen Tätigkeit in der Durchführung von Pflegeinterventionen, sowie der positive Effekt insbesondere der Fürsorgeethik, die sie darin unterstützte eine vertrauensvolle Beziehung sowohl zwischen Patient, dessen Familie und der Pflege, sowie auch innerhalb des Teams zu gestalten.
2. Kontext der Studie (Setting, Stichprobe, Ergebnis der Messgrösse)	
Setting	Die Datensammlung lief zwischen Oktober 2008 bis September 2009. Die Datenanalyse dauerte von Februar 2009 bis Dezember 2010. Von Oktober 2009 bis Mai 2011 wurden Treffen abgehalten mit sechs der teilnehmenden Teams, um die erhaltenen Resultate zu validieren.
Stichprobe	In September, 2008, listete die Webseite von Portuguese Association for Palliative Care) 15 verschiedene Palliative Care Teams auf. Jedes davon wurde befragt, an der Studie teilzunehmen, neun davon antworteten positiv. Danach nahm einer der Forschenden in einem Team- Meeting Teil mit jedem der neun Teams, um das Projekt zu präsentieren sowie das methodologische Vorgehen zu klären. Keine festen Ein- oder Ausschlusskriterien. Der MBI wurde an 118 Pflegefachpersonen in den 9 teilnehmenden Palliative Care Teams verteilt. 73 komplette Bestände wurden retourniert (62%).
Ergebnis der Messgrösse	Als valides Assessment wurde der Maslach Burnout Inventory (MBI) Fragebogen verwendet. Dieser enthält eine Likert Skala aus 22 Items, welcher die emotionale Erschöpfung (EE), Depersonalisierung (DP) und persönliche sowie professionelle Leistung einstuft. Durch halb-strukturierte Interviews wurden Pflegefachpersonen befragt zu Risikofaktoren, über schützende Faktoren, Strategien zu Burnoutprävention und den emotionalen Einfluss, der ihre Arbeit mit sich bringt.
3. Ethik	
Ethik	Einwilligung zum Durchführen der Studie erfolgte durch die Direktion und dem ethischen Komitee der teilnehmenden Gesundheitsinstitutionen, sowie durch jeden Teamleiter- und Koordinator.

	Die persönliche Autonomie wurde versichert und alle Resultate der Studie wurden anonym und mit vollem Respekt für Vertrauen behandelt.
	Alle Teilnehmenden unterschrieben eine Einverständniserklärung.
4. Vergleichbarkeit der Gruppen	
Vergleichbarkeit der Gruppen	Keine Kontrollgruppe. Alle Teilnehmenden arbeiteten auf einer palliativen Station, also bestehen gewisse Parallelen und können miteinander verglichen werden.
5. Qualitative Datensammlung und Analyse	
Datensammlung und Methode	Mindestens ein Meeting von jedem Team wurde beobachtet. Ein Total von 240 Stunden an Beobachtungen wurden durchgeführt mit Dokumentationen in Tagebüchern, Beobachtungen, Kommentaren oder Dialoge zwischen den Teammitgliedern. Hinzu kamen Ergänzungen, die der Forscher als relevant betrachtet hat. Alle Tagebücher wurden handgeschrieben vor Ort und transkribiert.
Datenanalyse	Halbstrukturierte Interviews wurden durchgeführt mit mindestens einer Pflegefachperson von jedem der neun palliativen Pflegeteams. Die interviewten Pflegefachpersonen wurden ausgewählt vom Teamchef/in- oder Koordinator/in je nach Verfügbarkeit während der Beobachtung und je nach ihren Reflexions- sowie Kommunikationsfähigkeiten. Insgesamt wurden elf Interviews durchgeführt, tonaufgezeichnet und transkribiert. Die ausgefüllten Fragebogen wurden durch das Programm SPSS in einer deskriptiven Weise analysiert.
Möglichkeit der Forscher Bias	Die Glaubwürdigkeit ist gering bis mittel, da die Interviewenden selbst ihre Personen auswählen konnten, und sie entsprechend ihrer Verfügbarkeit und deren Reflexions- und Kommunikationsfähigkeiten auswählten. Zusätzlich fanden 240 Stunden Beobachtungen statt, im gesamten Team, was die Glaubwürdigkeit wieder anhebt.
6. Strategie und praktische Implikation	
Implikation	Die Ergebnisse der palliativen Stichprobe lassen sich auf andere Settings übertragen, gerade weil in diesem Setting ein tiefes Burnout- Risiko bestand. Durch die schützenden Faktoren wie beispielsweise positive Auswirkungen der Arbeit der Pflege, erhalten sie anerkennende Worte für ihre Taten oder sehen, dass sie mit der Pflege Gutes bewirken können. Insbesondere die Fürsorgeethik verbessert und bewegt den Beziehungsaufbau, was zu einer vertrauten Beziehung zwischen den Patienten, deren Familien und der Pflege führt. Ebenso positiv wirkt sich Fürsorgeethik innerhalb des Teams aus, indem miteinander offen und ehrlich Krisen und Schwierigkeiten gemeistert werden können.
7. Andere Kommentare	
Andere Kommentare	29 Referenzen
Gutachter	Eine Direktion erteilte die Zustimmung für die Studie, aber sie wurde nicht peer-reviewed.

Kritische Beurteilung einer Interventionsstudie

Quelle: Villani, D., Grassi, A., Cognetta, C., Toniolo, D., Cipresso, P. & Riva, G. (2013). Self-help stress management training through mobile phones: an experience with oncology nurses. *Psychological Services*, 10(3), 315–322. doi:10.1037/a0026459

Land: Italien

Forschungsfrage: Inwiefern verbessert sich einerseits die Zustandsangst (state anxiety reduction) und andererseits Eigenschaftsangst (trait anxiety reduction and aquisition of coping skill) in der experimentellen Gruppe nach der Intervention?

Fragen	Glaubwürdigkeit
1. Wie wurden die Teilnehmer rekrutiert und den Untersuchungsgruppen zugeteilt?	Durch Flyer, die in sechs verschiedenen Tageskliniken in Milan mit Schwerpunkt Onkologie aufgehängt wurden. Weiter versendeten die Forscher Mails mit Erklärung zur Studie.
2. Wie viele Patienten, die anfangs in die Studie aufgenommen wurden, waren am Ende noch dabei?	38 Personen zeigten Interesse an der Studie und meldeten sich. Anhand von Ein- und Ausschlusskriterien wurden dann 30 Personen eingeschlossen. Alle 30 Teilnehmer beendeten die Studie.
3. Waren die Teilnehmer, das Personal und die Untersucher verblindet?	Die Verblindung wurde nicht detailliert beschrieben.
4. Waren die Untersuchungsgruppen zu Beginn der Studie ähnlich?	Ja, beide gleich gross, keine Unterschiede beschrieben.
5. Wurden die Untersuchungsgruppen abgesehen von der Intervention gleich behandelt?	Ja, alle Teilnehmer füllten gleich viele Assessment zur Beurteilung ihrer Angst aus.
6. Wurden alle Teilnehmer in der per Randomisierung zugeteilten Gruppe bewertet?	Ja, alle Teilnehmenden, die die Studie beendeten.
7. War die Größe der Stichprobe ausreichend gewählt, um einen Effekt nachweisen zu können?	Die Stichprobengrösse war mit 30 Personen klein gewählt. Aufgrund der kleinen Stichprobe wurde auch der T-Test gemacht, der für kleine Gruppengrösse geeignet ist.
8. Stehen die Ergebnisse im Einklang mit anderen Untersuchungen auf diesem Gebiet?	Ja, im Jahre 1984 wurde das Stress inoculation training (SIT) bereits an 60 Pflegefachpersonen getestet (West, Horan&Games) Die Weltgesundheitsorganisation (WHO, 2011) beschrieb das Handys eine wichtige Rolle spielen und dem heutigen Bedürfniss entspricht. Die Anwendung von Handys zur Unterstützung bei Stressmanagement wurde aber bisher nicht erforscht und ist deshalb ein neues Gebiet.
9. Wie ausgeprägt war der Behandlungseffekt?	<p>Aussagekraft</p> <p>Der P Wert der experimentellen Gruppe war stets signifikanten $p < 0.05$, ausser in der Testphase sieben, aber dies wurde erklärt durch die Änderung der Videos. Die Experimentelle Gruppe schauten im Video sieben und acht, einen leidenden onkologischen Patienten. Die Kontrollgruppe zeigte keine signifikanten p-Werte.</p> <p>Bewältigungsstrategie: Aktive Bewältigung (COPE) Experimentelle Gruppe: $p = 0.032$ Kontroll Gruppe: $p = 0.201$</p> <p>Bewältigungsstrategie: Vermeidung (COPE) Experimentelle Gruppe: $p = 0.14$ Kontroll Gruppe: $p = 0.204$</p> <p>Bewältigungsstrategie: Angstlevel (STAI) Experimentelle Gruppe: $p = 0.041$ Kontroll Gruppe: $p = 0.239$</p>

10. Sind die unterschiedlichen Ergebnisse nicht nur auf einen Zufall zurückzuführen?	Die P-Werte sind in der experimentellen Gruppe jeweils signifikant. $p < 0.05$, daher ist es unwahrscheinlich, dass die Ergebnisse zufällig waren.
11. Wie präzise sind die Ergebnisse?	Kein Konfidenzintervall berechnet, daher nicht beurteilbar.
Anwendbarkeit	
12. Sind die Ergebnisse auf meine Patienten übertragbar?	Ja, diese Intervention ist für jedes Setting geeignet, da es orts- und zeitunabhängig gemacht werden kann mittels eines Handys. Da keine Männer teilnahmen, ist fraglich ob die Intervention Gender-tauglich ist.
13. Wurden alle für mich wichtigen Ergebnisse betrachtet?	Ja, die Analyse war vielfältig anhand diverser Fragebogen.
14. Ist der Nutzen die möglichen Risiken und Kosten wert?	Der Nutzen ist noch unklar, da es nur an einer geringen Stichprobengrösse getestet wurde. Ein grosser Vorteil sind die tiefen Kosten, da die Personen zu Hause selbstständig und zu jeder Zeit etwas gegen den Stress machen können und damit ihre Gesundheit fördern, indem sie effektiv den Stress senken. Ebenfalls werden die Leute nicht stigmatisiert, wenn sie etwas gegen den Stress unternehmen, weil sie keinen Kurs besuchen müssen.

Benotung der Glaubwürdigkeit (BiasVermeidung): 1 - 2 - **3** - 4 - 5 – 6

11.6 Suchverlauf

Nachfolgend ist der Suchverlauf in den drei Datenbanken dargestellt. Die Grobrecherche wurde bei der Darstellung des Suchverlaufes nicht beachtet, um den gesamten Verlauf mit den relevanten Hits deutlicher zu machen. Die Ideen zu den Keywords flossen mit ein von der Grobrecherche.

Am Ende der Tabellen ist die Handsuche dokumentiert mittels der zwei Studien eingeschlossen wurden. Die restlichen sechs Studien sind übersichtshalber mit den Autoren und Jahreszahl bei der Spalte eingeschlossene Artikel erwähnt.

Datum 27.11.2018				
Datenbanken PubMed via Ovid				
Limits 10 Jahre, Sprache Englisch und Deutsch				
Suchstrategie	Anzahl Hits	Abstract gesichtet	Relevante Artikel Volltext	Ein- geschlossene Artikel
Nursing AND occupational stress AND coping strate- gies	64	4	2	0
MBSR AND nursing AND in- tervention	59	2	1	0
Mindfulness- based stress re- duction AND nurse AND stress	32	3	0	0
Stress reduction AND interven- tion AND nurse NOT students NOT emergency	170	3	1	(Kravits et al. 2010)
Nursing AND occupational stress reduction	60	0	0	0

Datum 28.11.2018				
Datenbanken PubMed via Ovid				
Limits 10 Jahre, Sprache Englisch und Deutsch				
Suchstrategie	Anzahl Hits	Abstract gesichtet	Relevante Artikel Volltext	Ein- geschlossene Artikel
Self-care MeSH AND nurse AND burnout	50	0	0	0
("Burnout, Pro- fes- sional"[Mesh]) AND "Occupa- tional Stress"[Mesh]	98	0	0	0
("Hospi- tals"[Mesh]) AND "Burnout, Profes- sional"[Mesh]	273	3	1	(Alexander et al. 2015)
"Burnout, Pro- fes- sional"[Mesh] AND self-care	156	2	1	0
"Burnout, Pro- fes- sional"[Mesh] AND self-care AND nurse	56	3	1	0

Datum 07.12.2018				
Datenbanken PubMed via Ovid				
Limits 10 Jahre, Sprache Englisch und Deutsch				
Suchstrategie	Anzahl Hits	Abstract gesichtet	Relevante Artikel Volltext	Ein- geschlossene Artikel
„self care“ AND „stress, occupa- tional“ AND nursing	29	2	0	0
("Occupational Stress"[Mesh]) AND "Nurs- ing"[Mesh]	23	0	0	0
((("Hospi- tals"[Mesh]) AND "Nurs- ing"[Mesh]) AND "Self Care"[Mesh]	23	0	0	0
((("Self Care"[Mesh]) OR "Self-Man- age- ment"[Mesh]) AND "Nurses"[Mesh]) AND interven- tion NOT "Stu- dents"[Mesh]	200	1	0	0
"stress reduc- tion" OR "burn- out prevention" AND Nurse* AND coping	23	2	1	(Pereira et al., 2012)
"stress" AND "burnout pre- vention" NOT "health care providers"	22	0	0	0
("Burnout, Pro- fes- sional"[Mesh]) AND "Occupa- tional Stress"[Mesh]	72	0	0	0
"self-aware- ness" OR "stress-man- agement" AND coping AND nurse	74	2	1	(Villani et al., 2013)

Datum 12.12.2018				
Datenbanken PubMed via Ovid				
Limits 10 Jahre, Sprache Englisch und Deutsch				
Suchstrategie	Anzahl Hits	Abstract gesichtet	Relevante Artikel Volltext	Ein- geschlossene Artikel
(burnout, profes- sional[MeSH Terms]) AND "acute care") AND intervention	36	0	0	0
("Burnout, Pro- fessional"[Mesh]) AND "Nurses"[Mesh] AND intervention	298	4	3	(Günüşen & Ustün, 2010)
("Burnout, Pro- fessional"[Mesh]) AND "Nurses"[Mesh]) AND "Hospi- tals"[Mesh]	46	0	0	0
"stress reduction" AND "Burnout, Profes- sional"[Mesh]	45	0	0	0
("Burnout, Pro- fessional"[Mesh]) AND "Hospi- tals"[Mesh]) AND nursing	148	3	2	0
("Burnout, Pro- fessional"[Mesh]) AND mindfulness AND intervention	100	4	3	0
("Burnout, Pro- fessional"[Mesh]) AND mindfulness AND nursing	35	3	2	0

Datum 26.11.2018				
Datenbanken CINAHL Complet via Ovid				
Limits 10 Jahre, Sprache Englisch und Deutsch				
Suchstrategie	Anzahl Hits	Abstract gesichtet	Relevante Artikel Volltext	Ein- geschlossene Artikel
nurses AND strategies AND coping AND hospital	404	3	2	(Manomenidis et al. 2016)
(MH "Burnout, Professional") AND (MH "Stress")	32	0	0	0
(MH "Burnout, Professional") AND (MH "Stress") AND „acute care“	103	2	0	0
(MH "Burnout, Professional") AND (MH "Stress") AND prevention	60	1	0	0
(MH "Burnout, Professional") AND prevention AND strategies AND nurses	104	3	3	0
(MH "Self Care") AND (MH "Stress, Occupational") AND hospital	60	4	4	0
(MH "Self Care") AND (MH "Stress, Occupational") AND hospital	57	7	3	0
"stress manage- ment" AND hos- pital AND strat- egies	104	2	2	0

Datum 07.12.2018				
Datenbanken CINAHL Complet via Ovid				
Limits 10 Jahre, Sprache Englisch und Deutsch				
Suchstrategie	Anzahl Hits	Abstract gesichtet	Relevante Artikel Volltext	Ein- geschlossene Artikel
(MH "Stress Management") AND (MH "Coping") AND (MH "Burnout, Professional")	34	1	0	0
(MH "Stress Management") OR (MH "Burnout, Professional") AND coping AND hospital	153	4	1	0
(MH "Stress Management") OR "burnout prevention" AND intervention AND hospital	77	0	0	0
(MH "Stress Management") OR (MH "Burnout, Professional") AND nurse* AND acute care	51	0	0	0

Datum 28.12.2018				
Datenbanken CINAHL Complet via Ovid				
Limits 10 Jahre, Sprache Englisch und Deutsch				
Suchstrategie	Anzahl Hits	Abstract gesichtet	Relevante Artikel Volltext	Ein- geschlossene Artikel
MH „self care“ AND MH stress, occupational AND nurse AND burnout	49	0	0	0
MH „stress, oc- cupational“ AND MH „burnout, professional“ AND „self care“	77	1	0	0
MH „ self care“ AND MH „cop- ing“ AND MH „stress manage- ment“ AND nurse	23	1	1	0
MH „ stress man- agement“ AND „stress, occupa- tional“ AND „burnout, profes- sional“	66	3	1	0

Datum 07.12.2018				
Datenbanken Cochrane Library via Ovid				
Limits 10 Jahre, Sprache Englisch und Deutsch				
Suchstrategie	Anzahl Hits	Abstract gesichtet	Relevante Artikel Volltext	Ein- geschlossene Artikel
„stress manage- ment“ AND burn- out AND hospital	7	1	0	0
„stress manage- ment“ AND nurse* AND hos- pital	25	0	0	0
„stress manage- ment“ AND „self care“ AND hospi- tal	23	0	0	0
„stress manage- ment“ AND „self care“ AND inter- vention	87	1	1	0
„occupa- tional,stress“ OR „burnout,profes- sional“ AND in- tervention AND nursing	91	1	1	0
„occupa- tional,stress“ OR „burnout,profes- sional“ AND „self care“ AND cop- ing	68	1	0	0
„occupa- tional,stress“ OR „burnout,profes- sional“ AND „mindfulness meditation“	70	1	0	0

Datum 12.12.2018				
Limits 10 Jahre, Sprache Englisch und Deutsch				
Suchstrategie	Anzahl Hits	Abstract gesichtet	Relevante Artikel Volltext	Ein- Geschlossene Artikel
Handsuche	9	9	2	(Mahon et al. 2017) (Craigie et al., 2016)